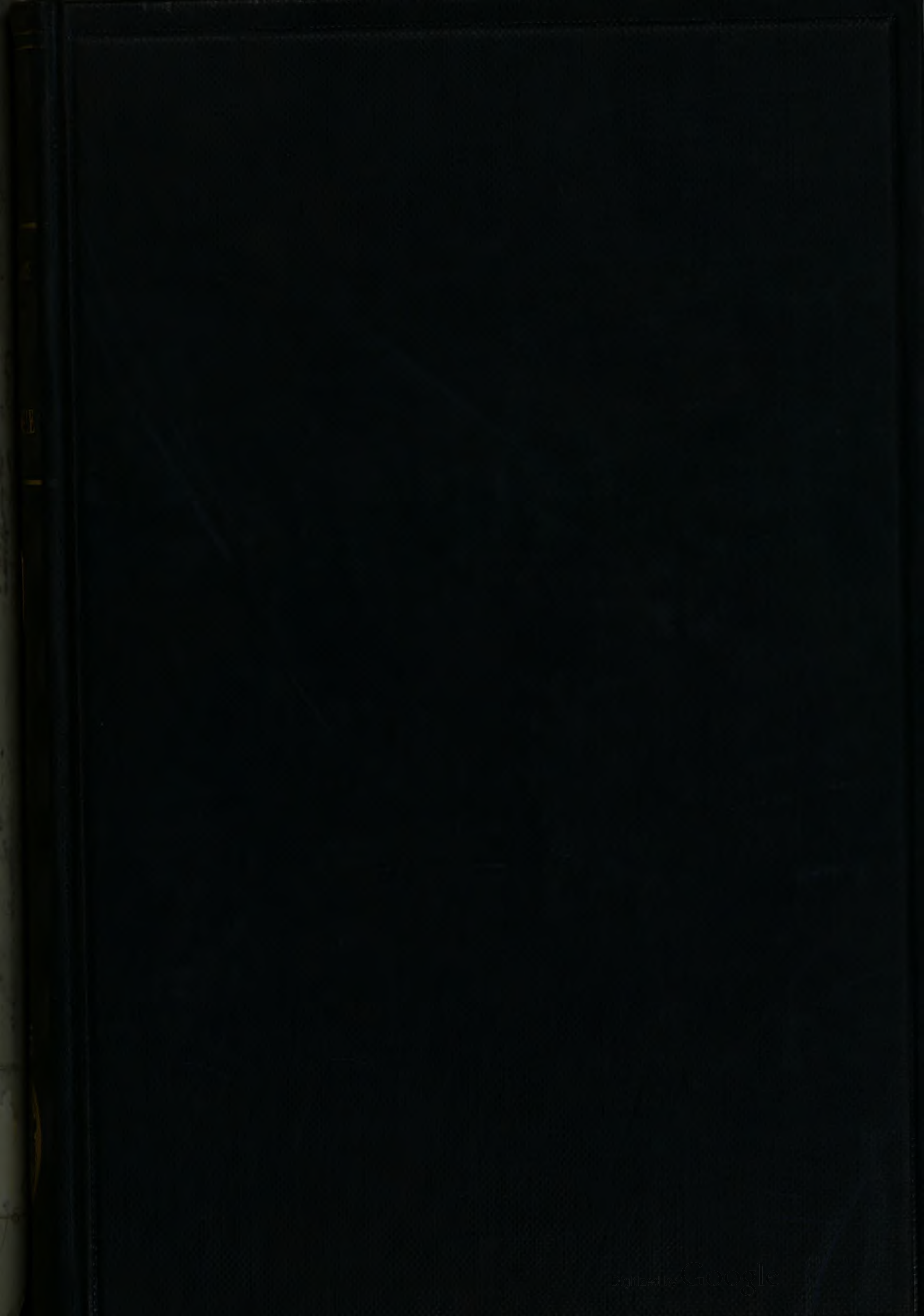
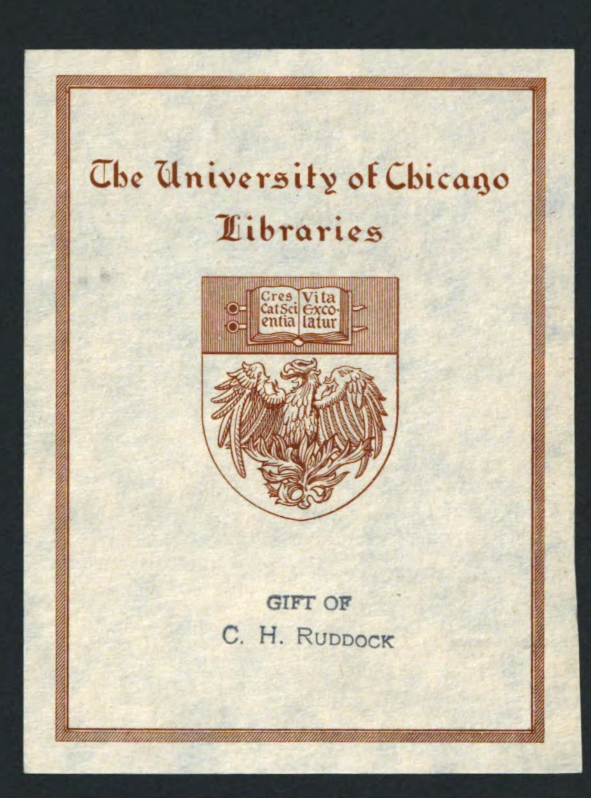
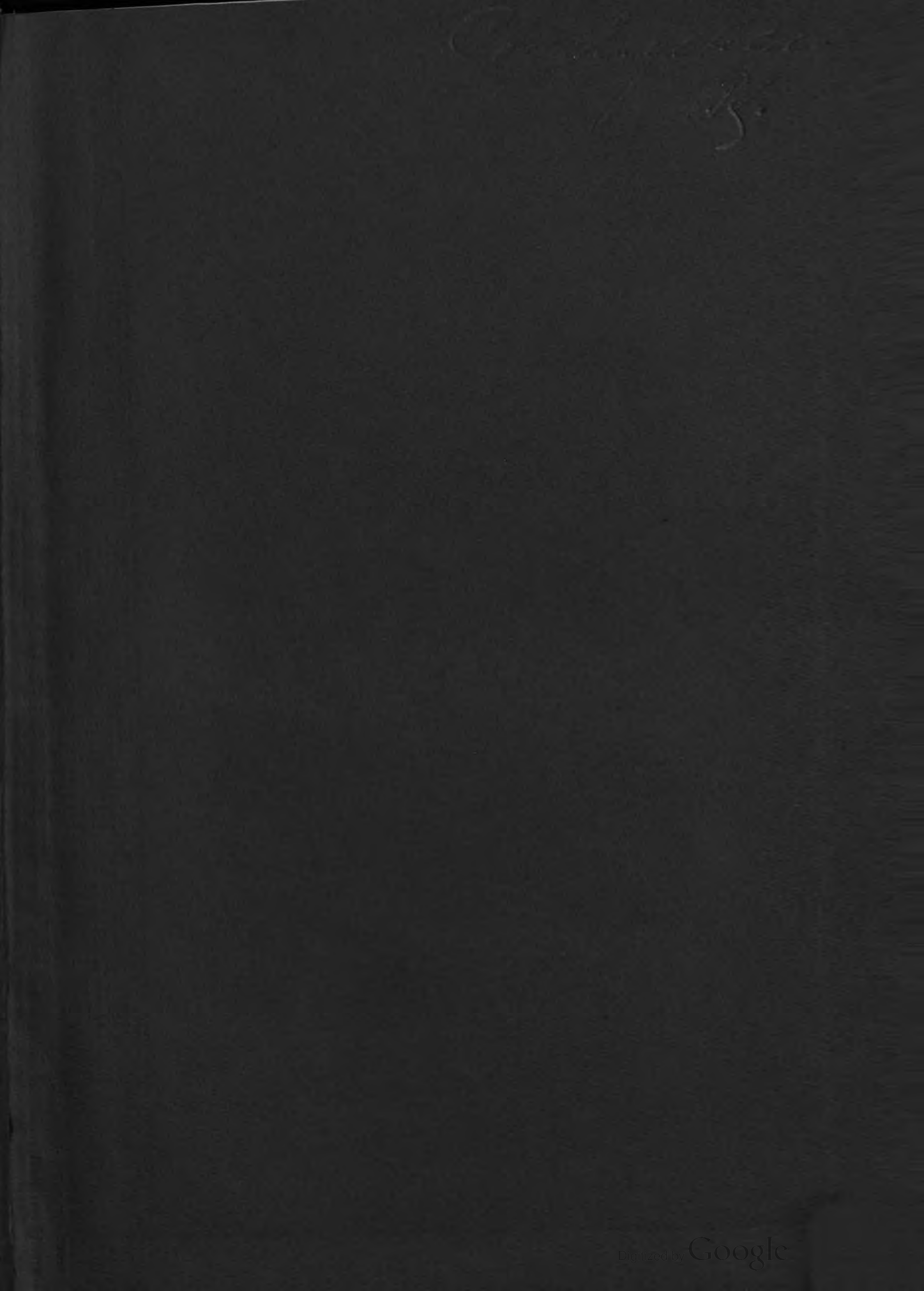
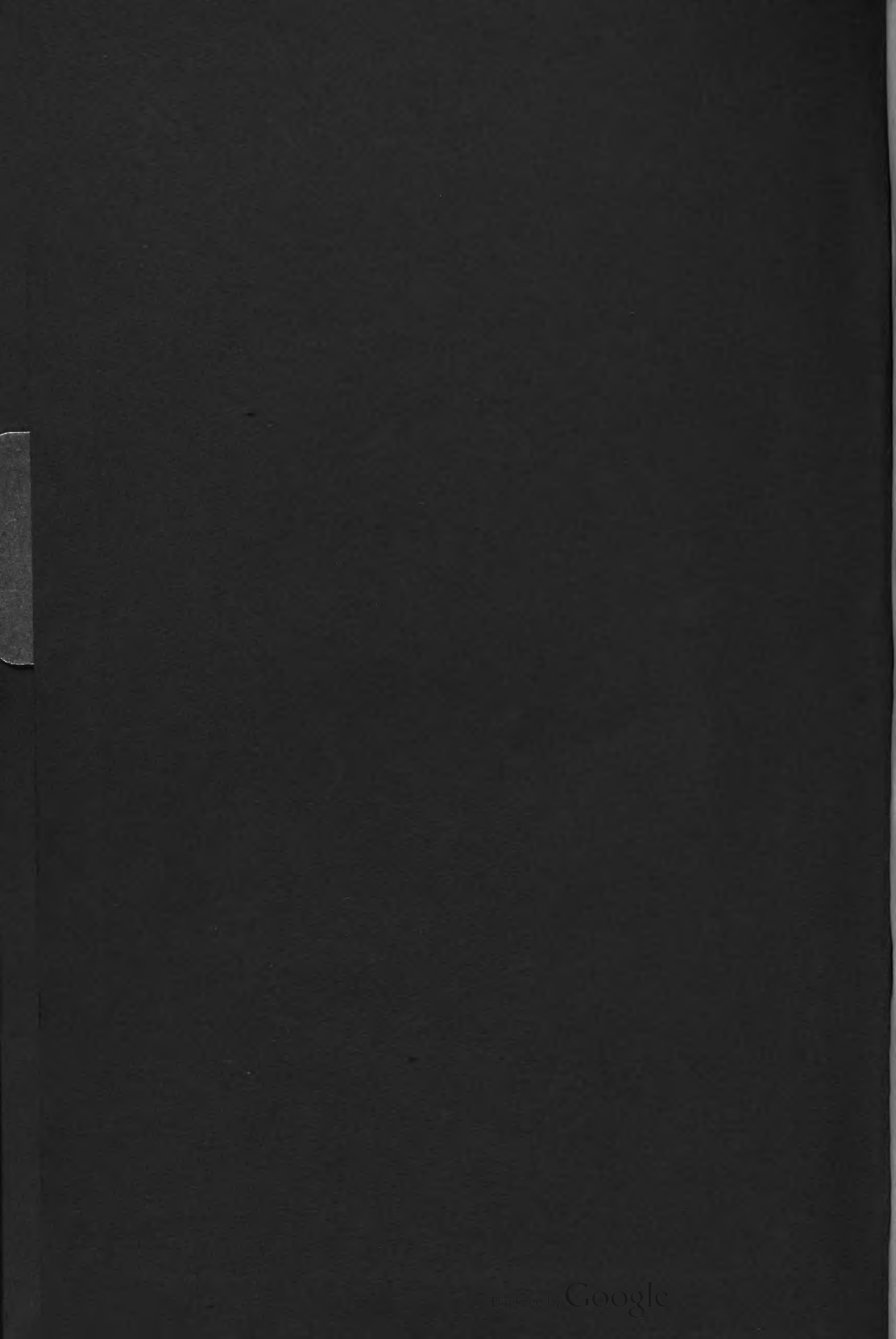



The University of Chicago
Libraries
Cres Cat Sci entia
Vita Exco latur
GIFT OF
C. H. RUDDOCK





Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Achtzehnter Jahrgang.

(Januar—December 1902.)

Berlin, 1902.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, Januar. 1902. No. 1.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **Jonathan Wright. Einige beiläufige kritische Bemerkungen über die neuere laryngologische und rhinologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *Laryngoscope. Januar 1901.*

Obstruirende Lymphgewebshypertrophieen im Nasenrachenraum gehen meist mit spitzem Gaumen einher, und zwar wahrscheinlich deshalb, weil sie auf gemeinsamer Ursache beruhen, nämlich der Leptoprosopia; Individuen mit dolichocephalen Schädeln haben nämlich nothwendigerweise enge, leicht verstopfte Nasen, was wiederum zu Hypertrophie der lymphoiden Gewebe im Nasenrachenraum führt.

Alkan betont, dass der Gaumen bei adenoiden Wucherungen lang, eng und hoch ist. Danziger führt die unregelmässige Schädelentwicklung auf Verknöcherung der Kranznaht zurück, Alkan dagegen auf den durch Offenstehen des Mundes verursachten seitlichen Zug der Wangen und Wangenmuskeln auf die äusseren Alveolarränder.

In dem Wertheim'schen Werk über die Erkrankungen der Nebenhöhlen hält Verf. die anatomischen Beweise für die Entstehung der Ozaena auf Grund von Erkrankung der Nebenhöhlen nicht für ausreichend, und betont, dass die Ozaena bei gleichzeitigem Empyem gewöhnlich primär ist. Daher verhütet eine zweckmässige Behandlung der Coryza in vielen Fällen Erkrankungen der Nebenhöhlen mit ihren Folgen. Bemerkenswerth ist das Fehlen von Resorptionserscheinungen in den meisten Fällen von Nebenhöhleneiterungen und die grosse Seltenheit cerebraler oder meningealer Infectionen von diesen häufigen Infectionsherden aus.

W. erklärt sich nicht einverstanden mit Mackenzie (Baltimore), der die Entfernung einer kleinen Portion von einer Krebsgeschwulst im Larynx für gefährlich ansieht, wohl aber mit Moritz Schmidt, der in der mikroskopischen Untersuchung das werthvollste diagnostische Mittel sieht; nur ein positives Resultat ist jedoch bedeutsam.

Er bespricht dann die Ansichten Massei's über Tuberculose und endlich Arrigo's verbesserte Technik zum Nachweis von Tuberkelbacillen in den Geweben, besonders den cervicalen Lymphdrüsen.

EMIL MAYER.

2) **F. E. Hopkins. Nachblutungen nach der Anwendung von Nebennierenextract bei intranasalen Operationen. (Secondary Hemorrhage following the use of the suprarenal extract in intranasal surgery.)** *Laryngoscope. April 1900.*

Verf. hat das Nebennierenextract längere Zeit angewandt und ist so dafür eingenommen, dass er kaum irgend etwas dagegen anzuführen vermag; jedoch hat er eine gewisse Tendenz zu Nachblutungen dabei beobachtet und zwar 2—6 Stunden nach der Operation. Im ersten Fall hatte er einer jungen Frau eine hintere Septumexostose unter Cocain und Nebennierenextract entfernt. 3 Stunden später stellte sich die Blutung ein. Gelegentlich beobachtete er Idiosyncrasie der Patienten gegen das Mittel, und heftigen Schnupfen nach der Application auf die Schleimhaut. Zuweilen stellt sich stundenlanges Niesen ein. Zweifellos besteht darnach eine Tendenz zur Nachblutung. In zwei Fällen war dieselbe sogar bedrohlich. Verf. wendet das Mittel bei acuten und subacuten Entzündungen der oberen Luftwege an und fast immer zur Zufriedenheit. Die nachträgliche Erschlaffung ist nach der Combination von Cocain mit Nebennierenextract grösser als nach Cocain allein.

Seiner Ansicht nach kann man eigentlich nicht von bestimmter Procentigkeit des Mittels sprechen, da die wirkliche Menge gelöster Substanz doch nicht bekannt ist.

Jonathan Wright betont, dass es ihm immer so vorgekommen sei, als ob der starken Contraction der Gefässe nach der Anwendung des Extractes mittelst Spray eine übermässige Erschlaffung derselben nachfolge, welche die Hämorrhagie verursache. Deshalb applicirt er das Pulver nur grade auf dem Operationsfeld und zwar mit einer Sonde. Das Gleiche gilt für das Cocain und hier bevorzugt er ebenfalls die Betupfung mit dem Watteträger vor dem Spray. Er hat das Mittel in 6 Fällen von Adenoiden mit ganz gutem Erfolg angewandt (bei Kindern ohne Aethernarkose).

W. H. Bates erwähnt, dass der Physiologe Cleghorn (Hartford) ihm unlängst mitgetheilt habe, dass es sich bei der Wirkung des Extractes wohl um directe Muskel- und nicht Nervenreizung handele. Es hat eine höchst energische Wirkung auf das Herz und auch auf ein Herzstück, das von Nerven befreit ist. Bei intravenöser Injection steigt der Blutdruck erheblich ohne nachher zu fallen, ein Beweis, dass es sich dabei nicht um secundäre Dilatation der Gefässe handelt. Wenn sich diese physiologischen Beobachtungen als richtig beweisen, kann also keine stärkere Tendenz zur Nachblutung nach seinem Gebrauch bestehen, als wenn es überhaupt nicht angewandt worden wäre. Nach Nasenoperationen rechne er stets mit Nachblutungen. Nach seinen Erfahrungen sind dieselben nach dem Gebrauch des Nebennierenextractes sogar seltener.

Ledermann berichtet von einem Fall, wo nach Applikation von Nebennierenpulver unmittelbar darnach Niesen eintrat, das eine ganze Nacht hindurch dauerte. Dabei ununterbrochener wässriger Ausfluss aus der Nase und erhöhte Körpertem-

peratur. Eine Lösung, die am Tage vorher applicirt worden war, hatte diesen Effect nicht.

Emil Mayer betont, dass wir nicht immer nur von den grossen Vorzügen des Nebennierenextractes sprechen dürfen, ohne uns zu erinnern, dass es auch Beispiele giebt, wo es nachtheilig wirken kann. Er ist nicht der Ueberzeugung, dass das Nebennierenextract bei Adenoid- und Tonsillenoperationen auf alle Fälle anzuwenden sei, und zwar wegen der Gefahr der Nachblutung. Nach seiner Ansicht ist ein Blutverlust während der Operation, den man nöthigenfalls während der Operation beherrschen kann, besser, als einige Stunden später, wo eine geübte Hilfe eventuell schwer zu finden ist.

Er macht es sich stets zur Regel, das Nasenloch nach der Operation wegen Septumstachel oder Ecchondrose zu tamponiren und er befolgt diese Vorsichtsmaassregel auch bei der Anwendung von Nebennierenextract. Trotzdem hat er nach der Anwendung des Extractes mehrere Fälle von Nachblutungen beobachtet. Ausserdem bleibt darnach bemerkenswerther Weise der Ausfluss längere Zeit blutig.

Er theilt sodann einen Fall mit, in welchem das Nebennierenextract angewandt worden war, jedoch wegen profuser Nachblutung und mehrtägigen Ausflusses, die andere Seite nachher nur mit Cocain allein operirt wurde. Die Blutung war minimal und der Ausfluss nach 2 Tagen frei von Blut.

Er wünscht jedoch nicht missverstanden zu werden, als ob er das Extract nicht für ein wirklich ausgezeichnetes Mittel hielte, jedoch hat dasselbe seine Grenzen. Es ist ganz natürlich, dass die Muskelschichten der Arterien, wenn sie sich erst bis zur Hervorrufung einer Ischämie kontrahirt haben, auch sich nachher zum definitiven Contractionszustand wieder erweitern müssen. Darin liegt aber eine Gefahr. In der Nase vermögen wir stets die Stelle der Blutung zu erreichen, aber im Pharynx und Nasopharynx kann sie gefährlich werden.

W. Kelly Simpson, berichtet, dass er grosse Adenoide unter Anwendung von Nebennierenextract entfernt hat, ohne irgend welche üblen Zufälle. Seiner Ansicht nach lässt sich der Extract nicht in einem Zerstäuber ohne vorausgehende Filtration anwenden. Das Mittel hat den Vortheil klaren Einblick in das Operationsgebiet zu verschaffen. Nach seiner Ansicht hat es keinen Einfluss auf das Eintreten von Nachblutungen. Nach der Anwendung in Sprayform hat er sehr intensive und schmerzhafte secundäre Rhinitis auftreten sehen.

C. G. Coakley betont, dass er Nachblutungen seit dem Gebrauch des Nebennierenextractes keineswegs häufiger hat auftreten sehen. Reizerscheinungen hat er nur nach dem Gebrauch der Borsäure-Lösungen des Extractes oder nach der Anwendung in Pulverform gesehen. C. bewahrt seit dem letzten Mai eine Lösung des Extractes in 1 proc. Resorcinlösung und hat bisher noch keinerlei Zersetzung an derselben vermerkt; dabei ist sie völlig wirksam geblieben. Nebennierenextract coupirt Blutungen bei directer Anwendung auf die blutende Fläche prompt. Das vermochte C. in 2 oder 3 Fällen zu beobachten, besonders in einem Fall von ziemlich starker Blutung nach Incision in die Lingualtonsille und ferner nach Excision der Rachentonsillen. Hier wurden die Blutungen prompt gestillt durch Einnahme von Extract in Pulverform per os. Bei der Applikation des Extractes an Muscheln und Exostosen streicht er einfach die Lösung auf das Operationsfeld.

Quinlan verbreitet sich über neuere Erfahrungen mit dem Extract bei Blutungen. In einem Falle handelte es sich um eine hartnäckige Blutung nach Selbstmordversuch durch Verschlucken von Säure. Der Pat. bekam ca. 2 g Nebennierenentract und die Blutung stand prompt. Aehnlich bei zwei anderen Fällen von Blutungen auf Grund von Ulcerationen. Hinsichtlich der Tamponade der Nasenhöhlen mit Gaze ist Q. der Meinung, dass sie allemal beträchtliche Hyperämie verursache und besser vermieden werde.

T. R. Chambers theilt mit, dass er seit den letzten 3 Jahren jegliche Tamponade der Nasenhöhlen vermeidet, und dass er keinerlei Blutungen zu verzeichnen hatte, bis zur Verwendung des Nebennierenextractes. Blutungen hat er dann zuweilen einige Tage nach der Operation auftreten sehen, und wenn das Extract auch nicht direct verantwortlich dafür zu machen war, so hält er es doch für bemerkenswerth, dass ihm solche Hämorrhagieen vor der Einführung des Extractes nicht zur Beobachtung gekommen sind. Der Hauptwerth des Mittels liegt in der Verwendung zur Diagnostik in den hinteren Nasenabschnitten.

Bates bemerkt zum Auftreten von Rhinitis nach Nebennierenextract, dass er das gepulverte Extract nur in einem Fall angewendet hat, und hier verursacht es auch Infection. In einem Fall von hartnäckigem Nasenbluten eines Bluters stand die Blutung prompt auf Injection von Nebennierenextract in die Nase. Zwei oder dreimal setzte die Blutung von neuem ein, wurde aber jedesmal durch Wiederholung der Injection gestillt.

Mc. Kernon sagt, dass er früher zuweilen die Reizwirkung nach der Anwendung des Nebennierenextractes beobachtet hat, jedoch nicht mehr, seitdem er eine Lösung desselben in heissem Kampferwasser anwendet

EMIL MAYER.

3) **W. H. Bates. Nebennierenextract bei Erkrankungen der Nase und des Halses. (Suprarenal extract in diseases of the nose and throat.)** *N. Y. Medical Journal. 11. August 1900.*

Bei Versuchen des Verf.'s die Lösung des Nebennierenextractes durch Zusatz von allerhand Droguen vor dem Verderben zu schützen ist er zum Resultat gekommen, dass es beim Versetzen mit andern Substanzen an Wirksamkeit einbüsst. Es muss daher rein und frisch bereitet sein. Physiologisch vermehrt es den Tonus aller Muskelgewebe durch directe Wirkung. Intravenöse Injection steigert den Blutdruck durch Contraction der peripheren Gefässe. Therapeutisch wirkt es lediglich adstringirend. Symptome die auf Congestion beruhen, verschwinden sofort. Kopfschmerzen bei verstopfter Nase, Schluckbeschwerden bei Congestion des Pharynx und der Tonsillen bessern sich. Die Schmerzen bei syphilitischen und anderen Geschwüren werden durch die adstringirende Wirkung günstig beeinflusst. Die Untersuchung der Nasenhöhle wird gleichfalls erleichtert. In dieser Beziehung zieht es Verf. dem Cocain vor; mit diesem combinirt ist es in Fällen wo Cocain allein keine völlige Anästhesie herbeiführt, ein wirksames Adjuvans.

Die Anwendung des Thermokauters wird dadurch erleichtert und die Reaction darnach geringer. Bei Operationen an Blutern ist es sehr werthvoll, und bei acuter Rhinitis, Pharyngitis, bei Entzündung der Zunge und der Pharynxtonsillen,

bei Laryngitis und Nasenbluten desgleichen empfehlenswerth. Es hat keine üblen Nebenwirkungen.

LEFFERTS.

4) **Seymour Oppenheimer. Ueber die Anwendung des Nebennierenextractes in Nasen- und Halskrankheiten. (On the use of supra-renal extract in diseases of the nose and throat.)** *N. Y. Medical Journal. 18. August 1900.*

Das active Princip entstammt wohl der Portio medullaris und ist ein normales Stoffwechselproduct der Drüse. Es hält sich nicht lange weder als Pulver noch als Lösung. Zur Blutstillung bei Nasenbluten ist es eins der sichersten Mittel. Nach seiner reichen Erfahrung hält es Verf. bei innerlicher Darreichung gegen Heufieber nicht für wirksam, wohl aber bei örtlicher Application durch Spray oder Tupfer. Die Wirkung kann dadurch verlängert werden, dass die Application vom Patienten selbst in Zwischenräumen wiederholt wird. Bei Operationen an den oberen Luftwegen ist es dringend indicirt. Am besten wird die Lösung 5 Minuten vor der Operation mit einem Wattetupfer auf das Operationsfeld applicirt. Zur Darstellung der Lösung werden 0,6 g Extract in 4,0 g sterilem Wasser 20 Minuten lang macerirt und dann dem Filtrat Glycerin oder Borsäure zugesetzt. Nach dem Betupfen mit dem Nebennierenextract wird Cocain oder Eucain 5 Minuten lang angewandt und darnach wieder Nebennierenextract. Dann ist die Stelle vollkommen blutleer und anästhetisch.

LEFFERTS.

5) **Henry L. Swain. Wässeriges Nebennierenextract bei der Behandlung von Nasen- und Halskrankheiten. (Aqueous extract of suprarenal glands in the treatment of the diseases of the nose and throat.)** *Yale Medical Journal. November 1900.*

Fünf Punkte kommen bei der Anwendung des Extractes in Betracht: 1. Contraction der Gewebe zum Zweck der Untersuchung. 2. Contraction der congestionirten oder entzündlichen Gewebe bei verstopfter Nase in acuten wie chronischen Fällen. 3. Stillung von Blutungen. 4. Coupirung von acuten Entzündungen. 5. Innerlicher Gebrauch des Extractes bei Nasenerkrankungen. Die grösste Schleimhautcontraction wird erzielt durch voraufgehende oder nachfolgende Cocainanwendung. Gelegentlich beobachtet man unerwünschte Reizerscheinungen bei Fällen von acuter Rhinitis. Individuelle Idiosyncrasieen spielen dabei gleichfalls eine Rolle. Bei Heufieber und hyperästhetischer Rhinitis schien es nach den ersten Untersuchungen ein ideales Mittel zu sein, und die weiteren Erfahrungen haben das vollauf gerechtfertigt. Während der letzten Saison hatte eine Anzahl von Heufieberkranken grosse Erleichterung durch Inhalationen von Eucalyptusöl durch die Nase und voraufgehender Application von Nebennierenextract; das Verfahren wird mehrere Tage lang wiederholt.

Kranke mit hyperästhetischer Rhinitis werden wesentlich gebessert durch tägliche Sprays mit Nebennierenextract.

Eine weitere Reihe von Kranken hat wesentlichen Vortheil von der Anwendung des Nebennierenextractes, nämlich diejenigen mit acuter Rhinitis und gleichzeitiger Affection der Stirn- oder Siebbeinhöhle. Hier kommt Alles darauf an, freien Abfluss zu schaffen. Wenn Verstopfungen der Nase hier durch das Extract gehoben werden können, so liegt darin ein erheblicher Nutzen.

Bezüglich der Anwendungsweise räth er, z. B. bei Septumoperationen und hochgradig congestionirter Schleimhaut mit frischer wässriger Extractlösung zu sprayen, dann 15 Minuten lang Cocain auf die Gewebe einwirken lassen, und darnach wieder das Extract. Man arbeitet dann bei völliger Blutleere. Ehe Verf. die Patienten aus der Operation entlässt, sprayt er gewöhnlich noch einmal mit dem Extract. Das ist auch wohl der Grund, dass er Nachblutungen seit der Verwendung der Nebenniere nicht häufiger gesehen, wie vorher. EMIL MAYER.

6) **Notiz des Herausgebers. Die Nebenniere bei der Behandlung acuter Nasenerkrankungen. (Supra-renal gland in the treatment of acute conditions of the nose.)** *St. Louis Medical Review. 1. December 1900.*

Die fast momentane Verminderung der Blutmengen in der Schleimhaut scheint eine natürliche Indication in allen Fällen, wo Hyperämie oder vermehrte Blutfülle eine hervorstechende Rolle spieltt.

Die Schnelligkeit, mit der das Präparat in Fäulniss übergeht, ist seither immerhin ein ernstlicher Nachtheil gewesen. Für jede Application eine frische Lösung darzustellen war unpractisch und undurchführbar.

Glycerinlösungen, die sich einige Tage lang halten sind in ihrem gefässverengernden Werth nicht allseitig anerkannt. Das ist jetzt erreicht durch Combination mit einem Antisepticum, welches gleichzeitig ein Anästheticum darstellt, so dass die Lösung dadurch brauchbar auch für die Sprayform wird. Auf diese Weise kann sie denn auch ruhig dem Patienten zu täglichem Gebrauch in dio Hand gegeben werden.

Beim Heufieber, acuten Schnupfen und Reflexerkrankungen, die auf nicht hyperplastischen Schwellungen der Nasenschleimhaut beruhen, ist ein derartiges Präparat von grossem Werth. Es ersetzt in solchen Fällen mit Sicherheit das Cocain. Die wohlbegründeten Vorwürfe, die man diesem Mittel machen kann, haben für das Nebennierenpräparat keine Geltung. So liegt z. B. keinerlei Tendenz zu gewohnheitsmässigem Gebrauch vor und Erhöhung der Dosen ist unnöthig. Weiterhin ist seine Wirkung viel andauernder. EMIL MAYER.

7) **Richard Hogner. Haemophilie vermittelst Nebennierenextract diagnosticirt. (Haemophilia diagnosed by means of suprarenal capsule extract.)** *Journal Eye, Ear and Throat diseases. November u. December 1900.*

Verf. wollte bei einem 21jähr. Schweden Adenoide und einen Septumstachel entfernen. Ein Wattetampon mit Suprarenalextract verursachten eine Blutung, die gestillt werden konnte. Neuerliche Applicationen hatten denselben Effect, sowie auch eine 3 proc. Eucainlösung. Die Untersuchung ergab, dass Haemophilie vorlag. Die Operation wurde deshalb auf unbestimmte Zeit verschoben.

EMIL MAYER.

8) **Notiz des Herausgebers. Die Nebenniere als Heilmittel gegen Schnarchen. (The suprarenal capsule as a remedy for snoring.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Februar 1901.*

Ein Mann mittleren Alters, der seit vier Jahren für einen lauten Schnarcher galt, nahm wegen seines chronischen Nasencatarrhs ein Nebennierenpräparat. Da-

durch verringerte sich nicht nur die Uebersecretion der Schleimhaut, sondern auch das Schnarchen hörte auf, ob post oder propter hoc lässt sich nicht sagen.

LEFFERTS.

9) **Ch. J. Santer. Nebennierenextract mit Chloretone in der Rhinologie. (Suprarenal liquid with Chloretone in Rhinology.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. April 1901.*

Verf. berichtet von der Heilung eines Falles von hypertrophischer Rhinitis dadurch, dass er einen mit dieser Lösung getränkten Wattebausch erst 3 mal, dann 2 mal wöchentlich unbestimmte Zeit lang auf die untere Muschel applicirte.

EMIL MAYER.

10) **Notiz des Herausgebers. Nebennierenextract als Adstringens. (Suprarenal extract as an adstringent.)** *Toledo Medical and Surgical Reporter. April 1901.*

Dass das Extract zeitweilig Congestionen zum Verschwinden bringt ist zweifellos, aber nicht selten folgen auch acute purulente Catarrhe auf seine Anwendung, die dem schwächenden Einfluss der Medication zugeschrieben werden.

(Es ist wohl wahrscheinlicher, dass dies von dem Bacteriengehalt derselben herrührt oder davon, dass sie ein guter Nährboden ist. Ref.)

EMIL MAYER.

11) **E. Fletcher Ingals. Bemerkungen über Adrenalin und Adrenalinchlorid. (Notes on Adrenalin and Adrenalin Chloride.)** *Journal American Medical Association. 27. April 1901.*

Verf. hat in allen Fällen, in denen die Anwendung von Nebennierenextract empfohlen wird, ein alkaloidähnliches Präparat aus dieser Drüse, das Adrenalin, in einer Lösung von 1:5000 angewandt. Die Resultate sind in allen Fällen dieselben wie mit dem Extract.

EMIL MAYER.

12) **Emil Mayer. Klinische Erfahrungen mit Adrenalin. (Clinical experience with Adrenalin.)** *Philadelphia Medical Journal. 27. April 1901.*

Adrenalin stellt das wirksame Princip der Nebenniere dar, ist eine leichte, weisse, mikroskopisch krystallinische Substanz, dargestellt (von Takamine, New-York City) als Chlorid und Tartrat. Verf. wandte es in 45 rhinologischen Fällen an, die hier zusammengestellt sind. Er kommt auf Grund davon zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Adrenal in Adrenalinlösungen erfüllen jede Indication der laryngologischen Praxis, da wo man bisher die wässrige Lösung des Extractes angewandt hat.
2. Sie können steril angewandt werden.
3. Sie halten sich lange unverändert.
4. Eine Lösung von 1:1000 ist sehr concentrirt und selten nöthig, 1:5000 genügt für operative Fälle und 1:1000 für jede locale Medication.
5. Sie können bei jedem Alter und jedem Geschlecht angewendet werden.

AUTOREFERAT.



13) **Tuffler** (Paris). **Filter zur kalten Sterilisation der Cocainlösungen. (Filtre pour stériliser à froid les solutions de cocaïne.)** *Société de Chirurgie. 13. Februar. Presse médicale. 20. Februar 1901.*

Das Filter ist weiter nichts als ein kleines Chamberlandfilter.

PAUL RAUGÉ.

14) **Reclus** (Paris). **Zur Sterilisation der Cocainlösungen. (De la stérilisation des solutions de cocaïne.)** *Société de Chirurgie. 27. Februar 1901.*

Die schmerzstillende Wirkung von Cocainlösungen wird in keiner Weise durch Aufkochen herabgesetzt. Man kann das Aufkochen auch ohne Schaden ersetzen durch Erhitzen auf 115—120° im Autoklaven, ausserdem halten sich derartig sterilisirte Lösungen unbegrenzt. Verf. arbeitete so mit einer Lösung die auf 120° erhitzt war und seit 30 Monaten aufbewahrt wurde. PAUL RAUGÉ.

15) **v. Jaksch** (Prag). **Ein Fall von gewerblicher Argyrie.** *Verein Deutscher Aerzte in Prag vom 25. Januar 1901. Prag. med. Woschenschr. 1901. No. 8.*

Der Fall betrifft einen Glasperlenarbeiter, welcher mit einem Mundstücke eine Mischung von salpetersaurem Silber, Ammoniak und Kalilauge, der kurz vorher eine wässerige Milchzuckerlösung zugesetzt wird, in die Perlen einsaugt. Es zeigten nicht nur die Schleimhäute sondern auch die Haut die Zeichen der Argyrie.

CHIARI.

16) **A. E. Hedback. Anwendung von Silbernitrat in Sprayform. (The use of nitrate of silver in the form of a spray.)** *St. Paul Medical Journal. Februar 1901.*

Empfehlung dieser Sprayform ohne Angabe ihrer Concentration oder ihres Erfolges. EMIL MAYER.

17) **N. J. Skillman. Protargol bei Nasen- und Halserkrankungen. (Protargol, some of its uses in the nose and throat.)** *Journal Eye, Ear and Throat Diseases. März, April 1901.*

Protargollösungen rufen keine Farbenveränderungen hervor und können deshalb 1—10procentig verwandt werden. Manche Patienten haben eine Idiosynkrasie für Protargol und reagiren darauf mit vermehrten Entzündungserscheinungen. Das Mittel wurde bei chronischer Pharyngitis und Laryngitis erfolgreich angewandt. EMIL MAYER.

18) **G. J. Teljer** (Haag). **Odol.** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 1901. I. No. 10.*

Anlässlich der Deutz'schen Empfehlung des Odols theilt T. 3 Fälle aus seiner Praxis mit, in welchen periorales Eczem nebst Abschuppung und Rhagadenbildung an den Lippen in Folge täglichen Gebrauches von Odol als Mundwasser aufgetreten war. In sämmtlichen Fällen liess die Affection bald nach, nachdem mit dem Gebrauch des Odol sistirt worden war. H. BURGER.

19) **J. Pollak** (Heilanstalt Alland). **Ein Beitrag zur Casuistik der Zimmtsäuretherapie bei Tuberculose.** *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 9.*

P. hat von der Zimmtsäurebehandlung — Injectionen — in einzelnen Fällen

recht guten Erfolg gehabt, im grossen Ganzen aber ist diese Behandlungsart eben nur ein Behelf in der Phthiseotherapie.

CHIARI.

20) **Hödlmoser** (Wien). **Ueber die Behandlung der Tuberculose mit intravenösen Zimmtsäureinjectionen.** *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 9.*

Anregung zur Fortsetzung der Versuche, zumal niemals schädliche Nebenwirkungen zur Beobachtung kamen. — Die Erfolge sind recht befriedigende.

CHIARI.

21) **E. Hoenigschmied** (Weistrach, N.-Oestr.). **Ueber Jodothyrin.** *Aerztl. Centralzeitung. 1901. No. 6.*

Gegen Struma verordnet H. mit Erfolg Pastill. jodothyrini à 0,3, Anfangs pro die nur 1 Pastille. — Keine unangenehmen Nebenerscheinungen.

CHIARI.

22) **Muck. Ueber das Auftreten der acuten Jodintoxication nach Jodkaligebrauch und ihre Abhängigkeit von dem Rhodangehalt des Speichels, des Nasen- und Conjunctivalsecretes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 50. 1900.*

M. beobachtete, dass ein hoher Rhodangehalt des Speichels fast ausnahmslos die Zeichen des acuten Jodismus in verschiedener Intensität, von der Jodacne bis zur allgemeinen Nausea nach sich zog, während Patienten mit vorübergehendem oder dauerndem Rhodanmangel im Speichel Jodkali gut vertragen.

SCHECH.

23) **Hecht. Ein handlicher elektrischer Sterilisationsapparat für das Instrumentarium der kleinen Chirurgie, insbesondere für Kehlkopf-, Ohren- und Naseninstrumente.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1900.*

Kochtopf mit Ersatzkorb und einem zweiten Einsatzkorb, dessen Handhabe modificirt ist, um einen oben und unten perforirten Nickelbehälter zur Sterilisirung der nöthigen Watte und Gaze aufzunehmen.

SCHECH.

24) **George C. Gage. Vorzüge der scharfen Zange. (Advantages of cutting forceps.)** *New York Eye and Ear Informary Repyrts. Januar 1901.*

Es wurden 3 Fälle operirt, einer mit und zwei ohne scharfe Zange. In jedem Fall wurde die mittlere Muschel entfernt. Verf. hält die scharfe Zange für überlegen.

EMIL MAYER.

25) **Otto J. Freer. Ein Nasenirrigator, Intratrachealspray- und Larynxapplicator. (A nasal irrigator, intratracheal spray, and laryngeal applicator.)** *Journal American Medical Association. 16. Februar 1901.*

Beschreibung der Instrumente.

EMIL MAYER.

26) **S. S. Bishop. Eine wirksame elektrische Trephine. (An effective elektric trephine.)** *Journal American Medical Association. 30. März 1901.*

Beschreibung des Instrumentes.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

27) **G. Brühl** (Berlin). **Zur Anatomie der Nebenhöhlen der Nase.** *Berl. klin. Wochenschr. 1900. No. 41.*

Verf. unterwirft leicht macerirte und aussen von ihren Weichtheilen befreite



Leichenköpfe zunächst der Entkalkung, danach entwässert er sie und bringt sie schliesslich in Carbolxylol, worin sie durchsichtig werden. Giesst er jetzt durch eingeschnittene Fenster die einzelnen Nebenhöhlen mit Wood'schem Metall aus, so erhält er sehr übersichtliche Präparate, bei denen die Ausdehnung der Nebenhöhlen, ihre Lagerung zu einander und zu ihrer Umgebung ohne Weiteres übersichtlich sind. Durch Wägung des eingegossenen Metalls (Differenz vor und nach der Ausfüllung) lässt sich die Grösse der Nebenhöhlen bestimmen. Verf. erläutert an der Hand seiner Präparate und an schematischen Bildern einige für den Praktiker wichtige Verhältnisse.

ZARNIKO.

28) **Ziem. Ueber Aetiologie und Therapie der eitrigen Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, die Bedeutung der Diätetik und Hygiene hierbei.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1900.*

Ausführliche Besprechung der verschiedenen Schädlichkeiten, welche bei der Entstehung und Behandlung von Nebenhöhleneiterungen in Betracht kommen, als da sind: Krankheiten der Zähne, dumpfe niedrige Wohnungen, schlechte unreine Luft, Tabak und Alkohol, Erkältungen vornehmlich des Kopfes etc. Die Details müssen im Original gelesen werden.

SCHECH.

29) **Robert D. Cohn. Diagnose der Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase. (The diagnosis of empyema of the accessory nasal cavities.)** *Occidental Medical. June, October 1900.*

Der Verf. sieht in der Antrumausspülung die beste Methode zur Entscheidung über Vorhandensein eventueller Eiterung. Er dringt mit der Sonde in die verschiedenen Nebenhöhlen ein, so auch in die Stirnhöhle. Nach vorheriger Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel gelingt es gewöhnlich leicht, eine Sonde in den Sinus einzuführen. Wenn Eiter vorhanden ist, tritt er auf diese Weise sofort zu Tage, aber zur doppelten Sicherheit wird der Sinus noch ausgespült.

EMIL MAYER.

30) **O. A. M. Mc. Kimmie. Diagnose und Behandlung der eitrigen Erkrankung der accessorischen Sinus. (Diagnosis and treatment of purulent disease of the nasal accessory sinuses.)** *Virginia Medical Semi Monthly. 17. Januar 1901.*

Probepunction bei Erkrankungen der Highmorshöhle und die Anwendung der Canüle bei denjenigen anderer Sinus sind zur Diagnose bedeutsamer als Durchleuchtung.

Bei Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen finden wir alle subjectiven Symptome wie bei Stirn- und Kieferhöhleneiterungen und ausserdem noch Störungen des Geruchsinnes und secundäre Erscheinungen im Larynx.

EMIL MAYER.

31) **W. T. Eckley. Die intranasalen Sinus und Nasengruben. (The intranasal sinuses and nasal fossae.)** *Chicago Clinic. Juli 1900.*

Gründliche Darlegung der Anatomie der Stirn-, Siebbein-, Keilbein- und Kieferhöhlen.

EMIL MAYER.

32) **Suarez de Mendoza. Anomalie der Stirnhöhlen. (Anomaly in the frontal sinuses.)** *Journal American Medical Association. 16. Februar 1901.*

Bei einem Patienten, der wegen doppelseitiger Stirnhöhlenentzündung operirt wurde, recidivirte die Entzündung und es fanden sich zwei supplementäre Sinus, die nur durch eine dünne Scheidenwand von den wahren Sinus getrennt waren, und von denen jeder selbständig in die Nase mündete. Mendoza fand an zwei Leichen ähnliche Verhältnisse. Anger hat diese Anomalie erwähnt, und Beco unlängst von einem ähnlichen Fall berichtet.

EMIL MAYER.

33) **Walter A. Wells. Sondirung und Irrigation der Stirnhöhlen durch die natürliche Oeffnung. (On sounding and irrigating the frontal sinus through the natural opening.)** *Laryngoscope. April 1901.*

Man hat dazu eine Sonde nöthig, deren abgerundetes Ende in einer Ausdehnung von ca. 3 cm im Winkel von 100° abgebogen ist; sie muss biegsam sein, um individuellen Verhältnissen angepasst werden zu können. Bei der Einführung dient der Processus uncinatus als Wegweiser. Die Resection des vorderen Theiles der mittleren Muschel kann in manchen Fällen erforderlich werden. Der Sondenkopf wird dann gut nach hinten in den Hiatus eingeführt, vorwärts und aufwärts nach dem Sinus hin, während der Sondengriff nach abwärts geführt wird. Es muss vorsichtig sondirend und ohne Gewalt vorgegangen werden. Ob die Sonde wirklich in die Stirnhöhle eingedrungen ist, erkennt man an folgenden Punkten: Die Sonde muss so weit eingedrungen sein, dass die Distance von ihrem Ende bis zu dem Punkt, wo der Griff mit dem vorderen Rand des Nasenbodes in gleicher Linie steht, 6—7 cm beträgt. 2. Der Griff muss mit der Horizontalebene des Nasenbodens einen Winkel von ca. 60° bilden. 3. Die Spitze der Sonde muss nach vorwärts sehen. 4. Der Griff derselben muss in gewissen Grenzen rotirbar sein.

EMIL MAYER.

34) **G. Ricard. Eitrige Stirnhöhlenentzündung bei Ozaena. (Purulent frontal sinusitis in ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 10. November 1900.*

Bei einer 52jährigen Frau war die Ogston-Luc'sche Operation ausgeführt worden, wodurch die Stirnhöhlensymptome gebessert wurden, aber die Ozaena bestehen blieb. Die Durchleuchtung braucht hier keinen Schatten von der Stirnhöhle zu geben, selbst wenn die Höhle Eiter enthält; die Lichtdurchgängigkeit ist unabhängig vom Inhalt, aber nicht von der Dicke der Wandungen der Stirnhöhle. Heilung der Stirnhöhlenerkrankung ist nicht unbedingt auch von Heilung der Ozaena begleitet.

LEFFERTS.

35) **Emil Mayer. Abscess des Frontalsinus. Operation. Heilung. (Abscess of frontal Sinus. Operation. Recovery.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Verf. demonstrirt einen erfolgreich operirten Kranken. Als er ihn in Behandlung nahm, war er bereits vergeblich galvanokaustisch vorbehandelt worden, war ernstlich krank und fieberte. Eiter beiderseits in der Nase sichtbar, weiche Schwellung über der linken Stirnhöhle, Schmerzen über der rechten Kieferhöhle. Bei der Operation wurde ein Knochensequester von 8 mm entfernt. Der Eiter floss reichlich. Die Communication mit der Nase wurde erweitert, dann Curettement

und gründliche Reinigung der Höhle angeschlossen und dann eine gefensterte Canüle eingelegt. Die Heilung verlief glatt, nach 6 Wochen wurde die Canüle entfernt. Jetzt besteht nur noch eine ganz kleine Narbe und das Vestibulum kann von der Nase aus übersehen werden.

Auch die zweifellos mit erkrankt gewesene Kieferhöhle der anderen Seite ist heute normal.

AUTOREFERAT.

36) **Herbert Tilley. Chronisches Empyem der Stirnhöhlen mit Bemerkungen über 14 behandelte Fälle. (Chronic Empyema of the frontal sinus with notes on the treatment of fourteen cases.)** *Vergl. Lancet. 14. Juli 1900.*

LEFFERTS.

37) **H. Tilley. Stirnhöhlenempyem. (Frontal sinus empyema.)** *N. Y. Medical News. 18. August 1900.*

Verf. bespricht die Symptomatologie und Differentialdiagnose der Erkrankung, die bezüglich der Frage der Operation so wichtig ist. Bei der Häufigkeit der Kieferhöhlenerkrankung muss man annehmen, dass alle Fälle von Stirnhöhleneiterung von letzterer ausgehen, so lange nicht das Gegentheil bewiesen ist. Zur Feststellung dient die Durchleuchtung oder besser die Probepunction mit der Lichtwitz'schen Canüle. Die Feststellung, ob die Kieferhöhle mit dem Eiter als Infectionsquelle oder als Receptaculum für den Eiter aufzufassen sei, ist oft schwierig.

LEFFERTS.

38) **L. Turner. Chronische Eiterung der linken Stirn- und Kieferhöhle mit Asthma.** *N. Y. Medical News. 6. October 1900.*

Verf. stellte einen Patienten vor, bei dem wegen dieser Affection die Kieferhöhle geöffnet, entleert und drainirt wurde. Später wurde die Stirnhöhle trepanirt, curettirt und drainirt. Der Eiterausfluss sistirte und das Asthma war wesentlich gebessert.

LEFFERTS.

39) **J. Habermann** (Graz). **Ueber Cholesteatom der Stirnhöhle.** *Zeitschrift für Heilkunde. Bd. 21. p. 173—179. 1900.*

Der Kranke hatte eine Fistel unter dem rechten Augenbrauenbogen, durch welche sein Stirnhöhlenempyem $^{3}/_{4}$ Jahre lang den Eiter entleerte. Die Schleimhaut der Stirnhöhle wurde durch die langdauernde Eiterung ihres Epithels beraubt, worauf Epidermis von aussen her in die Höhle einwanderte und dieselbe schliesslich auskleidete. — Der Eiter dickte sich ein und mischte sich mit den von der Oberfläche abgestossenen Epidermismassen zu einem dicken Brei. Die Fistel schloss sich derart und erst nach Jahren kam es zum neuerlichen Durchbruch durch die alte überhäutete Fistel. Die Unterscheidung zwischen Cholesteatomen und Pseudocholesteatomen oder desquamativer Entzündung findet H. namentlich für die Stirnhöhle sehr gerechtfertigt.

H. legte eine bleibende Oeffnung in der Stirne an, damit die austrocknende Wirkung der Aussenluft auf die oberflächlichen Epidermislagen zur Geltung kommt. Diese Oeffnung kann der Kranke grösstentheils mit den Haaren seiner Augenbrauen decken.

CHIARI.

40) **W. D. Hamilton. Tumoren der Stirnhöhle. (Growths in the frontal sinus.)** *Journal American Medical Association. 26. Januar 1901.*

Es handelt sich um 2 Fälle (im einen Osteom, im anderen ein Osteom von weicherer Consistenz in der Stirnhöhle mit polypösen Wucherungen und ziemlich ausgedehnter Eiterung), die beide operirt und geheilt wurden. EMIL MAYER.

41) **Percy G. Goldsmith. Primäres Sarkom der rechten Nasenhöhle mit acuter Entzündung der Stirnhöhle und Orbita. (Primary sarcoma of the right nasal fossa, with acute frontal sinusitis and orbital cellulitis.)** *Canadian Practitioner and Review. December 1900.*

Irgend welche Nasensymptome, Schmerzen — abgesehen von solchen in der Stirnregion — Ausfluss, übler Geruch, waren nicht vorhanden. Bemerkenswerth war die allmälige Ausdehnung der Stirnhöhle und die plötzliche Verschlimmerung der Störungen nach der Entfernung von einigen Polypen, ferner die Abmagerung, die Symptome von Seiten der Augen als Protrusio, Diplopie sowie Verdrängung nach abwärts und aussen und Stirnschmerz. Die Kieferhöhle war frei von Infection. Nach Freilegung des Ostiums und Drainage trat grosse Erleichterung ein. Als Infectionsquellen für die Orbita kommen in Betracht die Stirnhöhle oder die Orbitalplatte des Siebbeins. EMIL MAYER.

42) **A. H. Levings. Aetiologie, Pathologie und Behandlung von Tumoren. (The etiology, pathologie and treatment of tumors.)** *The Clinical Review. Februar 1901.*

Osteome der Stirnhöhle müssen von Knochengeschwülsten der Tabula externa des Schädels unterschieden werden, welche knolliger und unregelmässig sind und in der Gegend des äusseren Abschnittes des Supraorbitalbogens liegen. Erstere sind auch besser umschrieben mit besser abgegrenzter Basis und scheinen direct vom Knochen auszugehen. Der Process verläuft acuter, Schwellung, Oedem und Eiterung ist mehr ausgesprochen sowie Schmerz und Oedem in den darüberliegenden Gewebsbezirken. Die Prognose nach der Operation für derartige Osteome ist schlecht.

Osteome des Oberkiefers müssen vom Empyem unterschieden werden und besonders von Kiefertumoren; die Prognose nach der Operation ist hierbei gut.

EMIL MAYER.

43) **S. D. Risley. Verdrängung des Augapfels durch Stirn- und Siebbeinhöhlenerkrankung. (Displacements of the eyeball by disease of the frontal and ethmoidal sinuses.)** *International Medical Magazine. October 1900.*

Mittheilung von 2 Fällen, an denen bemerkenswerth ist, dass trotz der langen Dauer doch keine bleibende Schädigung des Auges vorhanden war und dass sie im Uebrigen den Eindruck von Neubildungen in der Orbita machten.

Trotz genauester Untersuchung der Nasenhöhle und Durchleuchtung des Sinus mit elektrischem Licht wurde die wahre Natur des Leidens erst durch Operation aufgeklärt. EMIL MAYER.

44) **H. Beaman Douglass. Die lufthaltigen Sinus der Keilbeinflügel. (The pneumatic sinuses of the sphenoidal wings.)** *Laryngoscope. 1901.*

Die lufthaltigen Sinus der Keilbeinflügel stehen in naher Beziehung zu den hinteren Keilbeinzellen. Ueber der äusseren Wand verläuft der Opticus, ausserdem können sie bei Erweiterung zur Carotis in Beziehung treten. Ihre Wandstärke beträgt im Allgemeinen nur $^1/_2$ mm. Unter Umständen können Erkrankungen dieser Sinus von Bedeutung werden und ihre operative Eröffnung in Betracht kommen.

EMIL MAYER.

45) **G. V. Miller. 2 Fälle von Erblindung durch Keilbein- und Siebbeinhöhlenerkrankung. (Two cases of blindness due to sphenoidal and ethmoidal sinus trouble.)** *Brit. Med. Journal. 22. December 1900.*

Es handelte sich um 2 tödtlich verlaufende Fälle, einen 18jährigen Mann und ein 14jähriges Mädchen.

ADOLPH BRONNER.

46) **Toubert. Beitrag zum Studium der intracraniellen Complicationen der Keilbeinhöhlenentzündung. (Contributions à l'étude des complications endocraniennes de la sinusite sphenoidale.)** *Arch. gén. de méd. October 1900.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, die er selbst beobachtet hat. Auf Grund dieser sowie 24 weiterer Beobachtungen, die er analysirt, kommt er zu dem Schluss, dass die Keilbeinhöhle leicht zum Sitz von Eiterungen werden kann, welche von retropharyngealen Infectionen ausgehen. Das kann dann zu Complicationen mit Meningitis führen, und zahlreiche Fälle, in denen spontane Meningitis diagnosticirt worden ist, müssen auf derartige voraufgehende Sinuserkrankung zurückgeführt werden, die sich durch Knochen, Gefässe oder Lymphbahnen weiter ausgebreitet hat. Die Diagnose einer Keilbeinhöhlenentzündung ist freilich recht schwierig; sie muss frühzeitig gestellt werden, damit eben die intracraniellen Complicationen verhütet werden.

A. CARTAZ.

47) **H. J. Custer. Empyem der Keilbeinhöhle. (Empyema of sphenoidal sinus.)** *Columbus Medical Journal. December 1900.*

Verf. beschreibt ein von ihm construirtes Instrument zur Untersuchung und Messung der Keilbeinhöhle und dann 2 Fälle von einfachem und einen Fall von complicirtem Empyem der Keilbeinhöhlen, sowie die hier geübten operativen Eingriffe.

EMIL MAYER.

48) **M. F. Furet. Behandlung des Empyems der Keilbeinhöhle. (Treatment of sphenoidal empyema.)** *N. Y. Medical Journal. 16. März 1901.*

In Fällen, wo die Keilbeinhöhle durch die Nase zugänglich ist, muss der Weg zur Eröffnung eines Empyems derselben durch die Nase gewählt werden. Wenn die Kieferhöhlen an dem entzündlichen Process betheiligt sind, wenn gleichzeitig cerebrale Symptome bestehen und die Fossae nasales klein oder missbildet sind, soll die Keilbeinhöhle auf dem maxillaren Weg mittelst Trepanation angegriffen werden.

LEFFERTS.

49) **F. N. Koyle. Bericht über einen Fall von Tic douloureux. (Report of a case of Tic douloureux.)** *Laryngoscope. October 1900.*

Alle Behandlungsweisen, einschliesslich der Eröffnung der Highmorshöhle erwiesen sich wirkungslos. Die Augen wurden nun untersucht und durch Behandlung der Augenmuskeln völlige Heilung erzielt. EMIL MAYER.

50) **J. J. Harris. Ein ungewöhnliches und der Behandlung unzugängliches Symptom der Kieferhöhlenorkrankung. (An unusual and intractable symptom of antrum disease.)** *Laryngoscope. August 1900.*

Es handelte sich um eine sehr schmerzhafte Neuralgie. EMIL MAYER.

51) **D. A. Knyk. Die Stimmgabel bei Antrumerkrankungen. (The tuning fork in disease of tho antrum.)** *Laryngoscope. Februar 1901.*

Der Patient hört die Stimmgabel nicht so deutlich, nur schwach, oder überhaupt garnicht, wenn das Antrum Flüssigkeit enthält; ist dasselbe frei, so antwortet der darauf untersuchte Patient prompt und in bejahendem Sinn bei der Prüfung. EMIL MAYER.

52) **E. Gulikers. Fremdkörper in der Kieferhöhle. (Foreign body in Maxillary sinus.)** *Journal American Medical Association. 28. Juli 1900.*

Ein Soldat fiel vom Zweirad während er eine Pfeife im Munde hatte. $1^1/_2$ Jahre lang bestand eine geringe Schwellung in der Wangengegend und Fistelbildung an der Stelle eines vor 6 Jahren extrahirten Praemolaris. Die Fistel wurde erweitert und ein 5cm langes und $1^1/_4$ cm dickes Mundstück von Bernstein extrahirt. EMIL MAYER.

53) **P. Heymann** (Berlin). **Fremdkörper in der Highmorshöhlo.** *Berliner klin. Wochenschr. 1900. No. 52.*

Der 45jährigen Patientin war früher anderweitig die Kieferhöhle von der Alveole aus angebohrt. Profuse stinkende Eiterung bleibt bestehen. Als Vortragender die Höhle von der Fossa canina aus weit eröffnete, fand er darin 3 Fremdkörper: 1 Stückchen Canüle und 2 formlose Gummistückchen. Warnung vor überflüssigen Obturatoren, der sich bei der Discussion Alexander anschliesst, während ihr Herzfeld widerspricht. ZARNIKO.

54) **Rivière** (Lyon). **Fremdkörper in der Kieferhöhle. (Corps étranger du sinus maxillaire.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. November 1900.*

Es handelte sich hier um ein Stück von einer Glasspritze, das in einer mit der Kieferhöhle communicirenden Cyste zurückgeblieben war. Der Fremdkörper wurde einfach durch eine intensive Injection herausgespült.

PAUL RAUGÉ.

55) **Arthur B. Duel. Ein fünfzehn Jahro dauerndor Fall von Empyem der Highmorshöhle infolge eines Fremdkörpers. Operation und Heilung. (Report of a caso of empyema of the antrum of Highmore of fiftoen years' duration, due to a foreign body; operation; rocovery.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1900.*

Das Antrum wurde durch die Fossa canina eröffnet. Bei der Irrigation des-

selben wurde ein erbsengrosser Stein herausgespült. Der Kern desselben bestand aus einem Stück Backenzahn, der vor 15 Jahren bei einer Zahnextraction in das Antrum gerathen war.
LEFFERTS.

56) **M. G. Liaras. In der Orbitalplatte der Kieferhöhle implantirtor Backenzahn. (Molar tooth implanted in the orbital plate of the maxillary sinus.)** *N. Y. Medical Journal. 17. November 1900.*

Die gleichzeitige Kieferhöhlenentzündung wurde erfolgreich chirurgisch behandelt. Der Sinus blieb offen und wurde antiseptisch gehalten, der Zahn nicht entfernt.
LEFFERTS.

57) **C. S. Hawkes** (Brisbane). **Zahnwurzel in einer Zahncyste der Kieferhöhle. (Root of a tooth in a dental cyst of the antrum.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1900.*

Verf. bespricht im Anschluss an einen derartigen operativ behandelten Fall die Pathologie der Zahncysten.
A. T. BRADY.

58) **Sargnon** (Lyon). **Kieferhöhlenentzündung dentalen Ursprungs. (Sinusite maxillaire d'origine dentaire.)** *Société des Sciences médicale de Lyon. 30. Januar 1901.*

Es handelt sich da um eine Kranke, die von einer Kieferhöhlenentzündung befallen war und bei der, gelegentlich einer Spülung, eine Zahnwurzel zu Tage trat, die frei im Sinus gelegen hatte. Dieselbe fiel durch die natürliche Oeffnung des Sinus in die Nase und kam auf diesem Wege heraus.
PAUL RAUGÉ.

59) **M. H. Cryer. Infectionsmodus der Kieferhöhle. (Modes of infection of the maxillary sinus.)** *Journal American Medical Association. 24. November 1900.*

Vergl. Verhandlungen der Laryngologisch-otologischen Section der American Medical Association, Juni 1900.
EMIL MAYER.

60) **L. Landgraf** (Budapest). **Zur Casuistik des Empyems der Kieferhöhle.** *Wien. zahnärztl. Monatsschrift. 1900. No. 10.*

Ein Kieferhöhlenempyem, welches sich nach Durchbruch eines Alveolarabscesses (1. Molaris) entwickelte.
CHIARI.

61) **John R. Winslow. Einige Beobachtungen über Diagnose und Behandlung chronischen Kieferhöhlenempyemes. (Some observations upon the diagnosis and treatment of chronic maxillary empyema.)** *Journal Eye Ear and Throat disease. Januar und Februar 1901.*

Nichts Neues.
EMIL MAYER.

62) **Ruttin A. Wright. Empyeme der Nebenhöhlen der Nase mit Bericht über Fälle mit betheiligter Highmorshöhle. (Empyemas of the nasal accessory cavities, with a report of cases where the antrum of Highmore was involved.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Juli 1900.*

Bericht über einige typische Beispiele von Highmorshöhlenempyem. Bemerkungen über ihre Häufigkeit. Verf. hat den Eindruck, dass die Mehrzahl der

Empyeme im Anschluss an acuten Schnupfen oder Influenza auftritt. Ihre Hartnäckigkeit und Heilungsintention ist abhängig von der anatomischen Beschaffenheit der natürlichen Oeffnungen der Nebenhöhlen in die Nase. LEFFERTS.

63) **M. Halle. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of Highmore's Antrum.)** *N. Y. Medical News. 15. September 1900.*

Unter den verschiedenen Methoden zur Eröffnung der Highmorshöhle hat die gewöhnliche Methode viele Nachtheile. Bei der Drainage auf dem Wege der Fossa canina sind Heilungen in weniger als 6 Monaten selten offenbar wegen beständiger Reinfection in Folge der Communication mit der Mundhöhle. Ausserdem ist der Eiter resp. die Jodoformgaze dem Patienten im Munde unangenehm. Aehnlich verhielt es sich bei der Drainage durch die Alveole. Verf. empfiehlt folgende Methode: Die Schleimhaut der unteren Nasenhöhle wird auf der kranken Seite cocainisirt. Dann wird ein besonderer Troikart dicht am Septum eingeführt und die äussere Wand dicht über dem Nasenboden durchbohrt; nun werden Irrigationen mit Borsäurelösungen mit nachfolgenden Jodoforminjectionen anfangs täglich dann seltener applicirt. LEFFERTS.

64) **Adolph O. Pfingst. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of the antrum of Highmore.)** *Louisville Journal of Medicine and Surgery. November 1900.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

65) **Wm. N. Robertson** (Brisbane). **Chronisches Empyem der Highmorshöhle. (Chronic Empyema of the antrum of Highmore.)** *Australasian medical Gazette. 20. November 1900.*

Nichts Neues. A. T. BRADY.

66) **Emil Mayer. Erkrankungen der Highmorshöhle. (Disease of the antrum of Highmore.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Demonstration von 2 Fällen, die durch Eröffnung der Fossa canina, Herstellung einer Communication mit der Nasenhöhle und freier Drainage operativ behandelt worden waren. Der Drain bleibt so lange liegen als Eiterung besteht.

AUTOREFERAT.

67) **H. H. Curtis. Primäres Epitheliom der Highmorshöhle. (Primary Epithelioma of the Antrum of Highmore.)** *Laryngoscope. October 1900.*

Es handelte sich zweifellos um ein Epitheliom des Oberkiefers. Von der ersten Trepanation durch den Alveolarfortsatz an machte die Krankheit so schnelle Fortschritte, dass der Patient nach 6 Wochen starb. Eine Radikaloperation in der Zwischenzeit war in Rücksicht auf den Allgemeinzustand ausgeschlossen.

EMIL MAYER.

68) **von Stein. Eine neue Nadel zur Punction der Highmorshöhle, ihre diagnostische und therapeutische Bedeutung.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 10. 1900.*

Behufs Punction der Kieferhöhle von der Nase aus muss man vom mittleren Drittel des unteren Nasenganges aus eingehen; v. Stein benützt dazu eine von

ihm angegebene Nadel, die sich durch ihre bedeutende Krümmung auszeichnet und in Originalgrösse abgebildet ist, ebenso wie die Art und Weise ihrer Einführung.

SCHECH.

69) **J. A. G. Hamilton** (Adelaide, Süd-Australien). **Partielle Resection des Oberkiefers wegen Erkrankung der Kieferhöhle. (Partial excision of the upper jaw for malignant disease of the maxillar antrum.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1900.*

Ligatur der Carotis externa eine Woche vor der Operation am Centrum. Hämorrhagie trat nicht ein.

A. T. BRADY.

70) **Baratoux. Chirurgische Eröffnung der Kieferhöhle im 17. Jahrhundert. (Ouverture chirurgicale du sinus maxillaire au dix-septième siècle.)** *Revue hebdomadaire de Laryngologie, Otologie et Rhinologie. No. 6. 9. Februar 1901*

Historische Studie, die darauf ausgeht zu zeigen, wie die Chirurgie dieser Gegend bis heute stationär geblieben ist.

E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

71) **Hallopeau** (Paris). **Enormer Naevus der Oberlippe. (Naevus énorme de la lèvre supérieure.)** *Académie de Médecine. 4. December 1900.*

Trotz seiner Grösse beeinträchtigt dieser Tumor die Function der Oberlippe nicht, weder in der Nahrungsaufnahme noch in der Aussprache.

Die einzige Störung besteht in der beträchtlichen Deformation der oberen Zahnreihe und des Alveolarrandes in Folge der andauernden Compression durch den Tumor. Die Zähne sind nicht afficirt.

Derartige Angiome im Gesicht rühren von Entwicklungsstörungen der Kiemenbögen her.

PAUL RAUGÉ.

72) **C. M. Wright. Erkrankung des Zahnfleischrandes und der Zahnhöhlen. (Disease of the gum-borders and sockets of the teeth.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 8. Juni 1901.*

Verf. bespricht die Pyorrhoea alveolaris oder Rigg'sche Erkrankung und macht auf die Bedeutung eines guten Allgemeinzustandes bei Behandlung der Erkrankung aufmerksam.

EMIL MAYER.

73) **Morestin. Lippen- und Wangenkrebs. (Cancer de la lèvre et cancer de la joue.)** *Société anatomique. 26. October 1900.*

Gleichzeitiges Bestehen eines Lippen- und Wangenkrebses. Excision. Heilung.

PAUL RAUGÉ.

74) **Morestin. Wangenkrebs, ausgehend vom Zahnfleisch. (Cancer buccal à point de départ gingival.)** *Société anatomique. 26. October 1900.*

3 Fälle von Wangenkrebs mit ungewöhnlicher Lokalisation (Zahnfleischgegend).

PAUL RAUGÉ.



75) **Du Castel** (Paris). **Leukoplasie, Epitheliom und Gangrän der Wange. (Leucoplasie, épithelioma et gangrène de la joue.)** *Société française de Dermatologie et de Syphilographie. 6. December 1900.*

Die Kranke leidet seit langer Zeit an Leukoplasia buccalis, und nach einem Trauma trat an der Wange ein Tumor auf, der gangränös wurde.

Die Untersuchung nach der Exstirpation ergab, dass es sich um ein gelapptes Epitheliom handelte.

PAUL RAUGÉ.

76) **Schweitzer. Zur Frage der Nomatherapie. (K woprosu o letschemii wodjanaro roka.)** *Dietsk. Med. 1900. p. 270.*

Nach Besprechung der Literatur und der im Allgemeinen sehr infausten Prognose dieses Leidens giebt S. eine karge Darstellung über die Erfahrungen, welche er mit der Behandlungsmethode von Kissel erzielt hat. Es wurden auf diese Weise 6 Nomafälle behandelt, von denen nur ein einziger starb. Die Behandlung besteht in: Entfernung der gangränösen Theile, Abwaschung mit Kalhyperm. Lösung und Jodoformverband, welcher 2mal täglich gewechselt wird. Verstärkte Fütterung.

P. HELLAT.

77) **v. Ranke. Zur chirurgischen Behandlung des nomatösen Brandes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1900.*

Mittheilung dreier im Anschluss an Masern aufgetretenen Nomafälle; der erste wurde gleich Anfangs chirurgisch behandelt mittelst Excision der brandigen Stellen und wurde gerettet, ebenso der zweite und dritte Patient, die gleichfalls gerettet wurden. v. Ranke empfiehlt daher möglichst frühzeitige und energische Behandlung der Noma mit Messer und Thermokauter.

SCHECH.

78) **Guinon. Wasserstoffsuperoxyd bei Noma. (L'eau oxygénée dans le noma.)** *Société de Pédiatrie. 11. December 1900.*

G. berichtet von den günstigen Resultaten dieser Medication bei einem Kind mit putrider Pleuritis und Noma.

Das Wasserstoffsuperoxyd wurde hier in Form von Pleurawaschungen und buccalen Injectionen angewandt. Heilung.

PAUL RAUGÉ.

79) **Eugene S. Talbot. Interstitielle Gingivitis als ein deutliches Symptom von Autointoxication und Arzneivergiftungen. (Interstitial gingivitis as a prominent obvious early symptom of auto-intoxication and drug poisoning.)** *Chicago Medical Recorder. März 1901.*

Das bei Autointoxicationen und Arzneivergiftungen in den Capillaren circulirende Gift führt zu Entzündungsprocessen, die sich auf Alveolarprocess und Zahnfleisch ausdehnen.

EMIL MAYER.

80) **Gruet. Beitrag zum Studium der Epulis. (Contribution à l'étude de l'épulis.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Dieser Name ist zu reserviren für Neoplasmen des Alveolarrandes der beiden Kiefer; dieselben können zweierlei Art sein:

a) Fibrome,

b) Sarcome.

Gewöhnlich setzt sich die Epulis aus Myeloplasten zusammen und ist gutartiger Natur. Ueber die Aetiologie dieser Affection weiss man nichts.

PAUL RAUGÉ.

81) **Kügler** (Wien). **Ein Fall von Gumma gingivae.** *Wiener zahnärztliche Monatsschrift. 1901. No. 4.*

Primäraffect vor 20 Jahren, seither vorübergehend Zeichen von Lues in Mund und Rachen. Gegenwärtig ein gummöses Geschwür in der Gegend zwischen dem 2. Schneidezahn und dem Eckzahn des Oberkiefers. — Antiluetische Cur. — Heilung. — Bemerkenswerth die seltene Localisation.

CHIARI.

82) **Geist** (Zsdradrass). **Ein Fall von doppelseitiger, eigenartiger Epulisbildung.** *Correspondenzbl. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen. 6. 1901.*

Bei einem 30jährigen Manne zeigte sich das Zahnfleisch, besonders am Oberkiefer hypertrophisch und an dem hinteren Ende der Oberkiefer je ein medial sich erstreckender, mit dem Zahnfleisch innig zusammenhängender Tumor. Beide Tumoren waren gleichzeitig, innerhalb 1—2 Jahren gewachsen und zu fast Hühnereigrösse gelangt.

SEIFERT.

83) **R. Loos** (Wien). **Bau und Topographie des Alveolarfortsatzes im Oberkiefer.** *Oesterr.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkunde. Bd. 1900.*

Die sehr instructiven Radial- und Horizontalschnittpräparate an Oberkieferbeinen sind auf 10 Tafeln photographisch festgehalten und werden an der Hand dieser Tafeln fallweise abgehandelt. Nach Besprechung der wichtigsten Kenntnisse über normale und abnormale Kieferhöhlen giebt Verf. einen Ueberblick über den Gesammtbau des Oberkiefergerüstes in architectonischer Beziehung. Unter dem Titel: „Practischer Anhang" zieht Loos aus seinen eingehenden anatomischen Studien entsprechende Schlüsse für die Praxis, vor Allem die Zahnextractionen berücksichtigend.

Gelegentlich der Besprechung der zufälligen Eröffnung der Kieferhöhle bei Extractionen giebt L. den Zahnärzten einige practische Winke. Bezüglich der operativen Behandlung der Kieferhöhlenerkrankungen bespricht L. zunächst die Eröffnung vom Alveolarfortsatze und sagt darüber Folgendes:

Die von einigen Seiten empfohlene Eröffnung vom Caninus oder dem 1. Praemolaris ist u. A. aus dem Grunde nicht anzuempfehlen, da — abgesehen von der technischen Schwierigkeit — die Gefahr besteht, mit dem Bohrer nach Durchbrechung des Septums die Wurzel des 1. resp. 2. Praemolaris zu verletzen. Auch wird die Höhle alsdann nicht am tiefsten Punkte eröffnet. Vom 2. Praemolaris aus ist die Anbohrung ebenfalls nicht in allen Fällen möglich oder mindestens unsicher, wie einige Präparate beweisen und räth Loos namentlich dann davon ab, wenn eine tiefe Fossa canina sich vorfindet. Am geeignetsten für die Trepanation der Kieferhöhle sind die Alveole des 1. Molaris, in axillarer Linie die des 2. und 3. Molaris, wogegen nur die schwerere Zugänglichkeit einzuwenden wäre, welcher Einwand jedoch mit der Anwendung eines Winkelbohrers hinfällig wird. Wenn wir bei durchaus gesunden Zähnen die Kieferhöhle öffnen müssen, dann empfiehlt L. vorerst die Anbohrung vom Weisheitszahn mit einem Winkel-

bohrer in's Auge zu fassen, ferner die Eröffnung vom unteren Nasengange und dann der Fossa canina.

Den Methoden der Kieferhöhleneröffnung fügt nun der Verf. eine neue hinzu und zwar die Anbohrung jenes Theiles des Kieferhöhlenbodens, der im Alveolarfortsatze an dessen orale Wand grenzt. Am günstigsten erweist sich hierzu die Gegend der palatinen Wurzel des 1. und 2. Mahlzahnes. Die Knochenplatten — orale Platte des Alveolarfortsatzes, Spongiosa, Bodenlamelle des Antrum — seien nie sehr dick, der Canal ist also sehr kurz, Prothese leicht anzubringen und ist eine eventuell schädigende Zahnextraction zu vermeiden.

CHIARI.

84) **J. H. Rothwell. Kieferfracturen und Bericht eines Falles. (Fractures of the jaw with report of a case.)** *The Railway Surgeon. 19. Februar 1901.*

Zur Fixation der Fractur empfiehlt Verf. eine Modellirmasse wie sie die Zahnärzte gebrauchen, die in warmem Wasser erweicht und dann angepasst wird, und die nach dem Erkalten erhärtet.

EMIL MAYER.

85) **Menzel** (Wien). **Ein Fall von Oberkiefercyste.** *Demonstrat. im Wien. med. Club, Sitzung vom 13. Februar 1901. Wien. med. Wochenschr. 1901. No. 13.*

Durch die Alveole des extrahirten Schneidezahnes gelangt man in eine geräumige, vollständig abgeschlossene Höhle, deren eine Wand den Nasenboden und die seitliche Nasenwand vordrängt und — wie das Radiogramm zeigt — auch die Kieferhöhle einengt. Die Entstehung der Cyste dürfte auf ein erlittenes Trauma zurückzuführen sein. Die Cystenwand liefert eitriges Secret.

CHIARI.

86) **J. E. Newcomb. Specifische Tertiärerkrankung. (Tertiary specific diseaso.)** *Laryngoscope. Februar 1901.*

Demonstration eines Kranken, bei dem der Primäraffect 10 Jahre zurücklag. Der destructive Process setzte vor 10 Jahren ein und verschlimmerte sich wesentlich durch ein Trauma am Kiefer. Das Munddach war gänzlich zerstört und man konnte so direct in die Kieferhöhle hineinsehen. Der Kranke hatte eine Weile lang einen Obturator getragen, dann denselben verloren und keinen Ersatz dafür gefunden; mit demselben war die Sprache gut verständlich.

EMIL MAYER.

87) **Peyrot** und **Milian. Drei Fälle von Tumoren des Unterkiefers. (Trois cas de tumeur du maxillaire inférieur.)** *Société anatomique. 12. December 1900.*

Demonstration von folgenden 3 verschiedenen Tumoren:

a) ein Epitheliom der Wangenschleimhaut,

b) ein Chondrom des aufsteigenden Astes,

c) eine zahntragende Cyste des Unterkiefers.

PAUL RAUGÉ.

88) **Edmond Hollande. Endotheliom des Kiefers. (Endothéliome du maxillaire.)** *Thèse de Lyon. 1900.*

Dies Endotheliom ist von alveolärem Bau und nimmt seinen Ausgangspunkt von dem Endothel der Blutgefässe in dem Kieferknochen. Es characterisirt sich durch regelmässig geformte Zellen, ohne Kerntheilungen mit eingelagerten Bindegewebszügen.

Obwohl es sich um einen bösartigen Tumor handelt, ist seine Prognose doch relativ günstig.

Incision, Exstirpation oder Resection können definitive Heilung herbeiführen.

PAUL RAUGÉ.

89) **Alexander Hugh Fergusson. Die Entfernung des Oberkiefers durch den Mund. (The removal of the superior maxilla through the mouth.)** *Western Medical Review. 15. April 1901.*

Von chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

90) **R. Vierthaler** (Wien). **Obturator nach Oberkieferresection.** *Wien. zahnärztl. Monatsschrift. 1901. No. 2.*

Im Originale nachzulesen.

CHIARI.

91) **Hensen. Ueber die Resonanz der Mundhöhle.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 46. 1900.*

H. demonstrirte, dass man durch Vorbeiblasen einer Luftlamelle vor der Mundöffnung die Mundhöhle zum Tönen bringen kann. Wenn die Stellung zum Aussprechen der Vocale gegeben wird, erinnert der Mundhöhlenton an den Klang des bezüglichen Vocals; die bezüglichen Tonhöhen sind jedoch nicht so constant, wie man bisher glaubte. Wenn man den Kehlkopf für die verschiedenen Tonhöhen der Scala einstellt, ohne wirklich zu singen, so ändert sich die Höhe des Eigentones der Mundhöhle und scheint sich dem Kehlkopfton möglichst zu accommodiren. Der Umfang, in welchem die Veränderung erfolgt, ist für das reine A recht gross, etwa eine Octave, für das O schon kleiner, für das U beträgt er nur $2^1/_2$ Töne.

SCHECH.

92) **Gorschkow. Von den Centren des Geschmackes und Geruches. (O zentrach wkusa i obonjanya.)** *Dissert. Petersburg 1901.*

Die 231 Seiten umfassende, mit einer Tafel versehene, unter der Leitung des Akademikers Bechterew erschienene Arbeit gehört zur Serie der vielen sorgfältigen Dissertationen, die aus dieser Schule hervorgegangen sind. Die Literaturangabe ist eine vollständige, Versuchsanordnung und Anzahl ausreichende; als Resultat: Eine schärfere Umgrenzung der bereits ermittelten Gebiete.

Den Werth der experimentellen Arbeit erhöht die Heranziehung der klinischen Erfahrungen.

Nach den Ermittelungen von G. liegt das Centrum des Geschmacks bei Hunden in der Gegend des G. sylviaci anterior. G. ectosylvii anterior. und G. compositi anterior.

Es ist wahrscheinlich, dass die 4 Arten des Geschmacks verschiedene Centra haben. Beim Menschen liegen diese Centra in der Gegend des Geruches.

Das Centrum des Geruches befindet sich bei Hunden im L. pyriform., im G. uncinatus und hippocamp. Beim Menschen im G. hippocamp.

Die Kreuzung der Fasern ist keine vollständige.

P. HELLAT.



93) **W. Pletenew. Mikroorganismen der Mundhöhle bei Kindern im frühen Lebensalter. (Mikroorganismi polösti rta u dietei vannjawo tros rasta.)** *Dissert. Petersburg 1901.*

Die Arbeit ist unter der Leitung von Gundobin geschrieben und enthält interessante Angaben.

P. fand gleich nach der Geburt in mehreren Fällen Bacillen in der Mundhöhle.

Im ersten Lebensmonat sind Kokken bereits in 100pCt. vorhanden, Eiterkokken in 76pCt. und Diplokokcn in 78pCt.

Pathogenität der Bacterien ist häufiger bei künstlich ernährten Kindern.

P. HELLAT.

94) **M. H. Fletcher. Unreiner Mund. (Unclean mouth.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 19. Februar 1901.*

Pflege der Zähne, antiseptische Mundwaschungen und Beschränkung von leicht bacteriell zersetzlichen Nahrungsmitteln werden hier anempfohlen.

EMIL MAYER.

95) **Robert Reyburn. Verhütung von Mikroorganismeninfection der Mund- und Nasenhöhlen. (Prevention of disease infection by microorganisms through the mouth and nasal cavities.)** *American Medicine. 29. Juni 1901. N. Y. Medical Record. 6. Juli 1901.*

Durch gute Hygiene und Sauberhalten des Mundes können Tausende von Kindern, die heute durch mangelhafte Pflege zu Grunde gehen, am Leben erhalten werden.

EMIL MAYER.

96) **Th. Dentz** (Utrecht). **Die Hygiene des Mundes. (De hygiëne van den mond.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde. 1901. I. No. 8.*

Ausführliche Besprechung aller in Betracht kommenden Momente, namentlich der Zahncaries, die D., weil sie der gewöhnlichen Knochencaries in keiner Hinsicht ähnlich ist, nicht mit diesem Namen, sondern als Chaunosis benannt wissen will. Jede chaunotische Höhle soll so früh wie möglich gefüllt und das Gebiss auch bei Kindern alljährlich inspicirt werden. Harte Zahnbürsten, in horizontaler Richtung applicirt, namentlich mit Anwendung von Zahnpulvern können zur Entstehung von Zahnerosionen Anlass geben. Uebrigens ist das Zahnbürsten nach jeder Mahlzeit zu empfehlen, vor dem Schlafengehen aber dringend angezeigt. Schliesslich referirt D. die Miller'schen und Röse'schen Arbeiten über die Zusammenstellung von Mundwässern.

H. BURGER.

97) **Notiz des Herausgebers. Zur Mundinfection bei Infectionskrankheiten. (For desinfecting the mouth in infectious disease.)** *Journal American Medical Association. 19. Januar 1901.*

Rp. Acid. carbol. 4,0
Glycerini 24,0
Aq. dest. q. s. ad 60,0

MDS. Zur Applikation auf die Mundschleimhaut mittelst Watteträger,
oder:

Rp. Acid. carbol. 4,0
Spirit. camphor. 8,0
Olei olivarum q. s. ad 64,0
MDS. Zur localen Application,
oder:
Rp. Acidi carbol. 4,0
Alcohol 8,0
Glycerin 24,0
Aq. dest. q. s. ad 64,0
MDS. Zur localen Application.

Es ist darauf zu achten, dass nichts von der Lösung in den Kehlkopf kommt.

EMIL MAYER.

98) **Louis Henry** (Melborne). **Mundsepsis. (Oral sepsis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. December 1900.*

Nach Verf.'s Ansicht stellen die Tonsillen ein wichtiges Vertheidigsmittel des Körpers gegen Mikroorganismeninfection dar. Sie tragen ebenso zur Bildung der weissen Blutkörperchen bei sowie zur Lymphbereitung. Die Abtragung der Tonsillen bei Kindern kann daher zu Ernährungsstörungen führen und man soll aus diesem Grunde complete Excision vermeiden.

A. T. BRADY.

99) **J. S. Fowler. Ein Fall von Streptokokkeninfection, der erfolgreich mit Antistreptokokkenserum behandelt wurde. (A case of streptococcal infection successfully treated by antistreptococcis serum.)** *Archives Pediatrics. May 1901.*

Eine als sehr selten bezeichnete Streptokokkenstomatitis, die zu allgemeiner Infection führte. Die Diagnose wurde durch bacteriologische Untersuchung gesichert. Das 19 Monate alte Kind litt an Sepsis bei schnellem und leicht unterdrückbarem Pulse, grosser Prostration, Unruhe und hoher Temperatur. Auf Streptokokkeninjection erfolgte Heilung.

EMIL MAYER.

100) **Pierre Sebileau. Variationen von buccaler Septicaemie. (Varieties of buccal septicaemia.)** *N. Y. Medical Journal. 9. März 1901.*

Verf. beschreibt als vorkommende Variationen: 1. lymphophlegmonöse Septicämie der Wange, 2. phlebophlegmonöse Septicämie des Gesichtes, 3. allgemeine Septicämie ohne specifische anatomische Localisation. Die Studie bewegt sich, wenn auch Verf. bei jeder beschriebenen Form auf die Symptomatologie zu sprechen kommt, hauptsächlich in pathologischer Richtung.

LEFFERTS.

101) **Guinon. Eitrige Stomatitis im Verlauf eines serotherapeutischen Erythems. (Stomatite pultacée au cours d'un erythème sero-thérapique.)** *Société de Pédiatrie. 11. December 1900.*

Es handelte sich hier um ein Kind, das eine eitrige Stomatitis gingivalis und ein Erythem nach einer Seruminjection aufwies.

Diese von Comby als characteristisch für das präeruptive Stadium der Masern angesprochene Stomatitis kann also auch in anderen Fällen vorkommen, und ist somit für Masern nicht pathognomonisch.

PAUL RAUGÉ.

102) **Forchheimer. Aetiologie und Behandlung der Pyorrhoea alveolaris, Stomatitis ulcerosa chronica. (Etiology and treatment of pyorrhea alveolaris stomatitis ulcerosa chronica.)** *St. Paul Medical Journal. Juni 1901.*

Diese Affection kommt bei Kindern und Erwachsenen vor. Quecksilberintoxication und Harnsäurediathese sind ätiologische Factoren. Prophylaxe und Aufhebung der Ursache sind unerlässlich. EMIL MAYER.

103) **Gabriel Arthaud. Aphthöse Stomatitis. (Aphthous stomatitis.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1901.*

Verf. beschreibt eine scharlachähnliche Eruption bei acuter aphthöser Stomatitis. Sie kann hämorrhagischer oder erythematöser Art sein oder in Form miliarer Pusteln auftreten. Dabei besteht hohe Temperatur mit leichten morgendlichen Remissionen. Sie kann sich über den ganzen Körper verbreiten oder auch nur auf Mund und Schleimhäute beschränkt sein. LEFFERTS.

104) **D'Ajutolo. Eigenthümliche blutige Transsudation im Munde. (Su di una particolare sede di trasudamento sanguigno intraboccale.)** *Bollett. d. Malatt. dell'orecchio etc. Juni 1901.*

Es handelt sich um eine 67jährige Frau, die seit mehreren Monaten zu ihrer grossen Beunruhigung bemerkte, dass sie des Morgens beim Erwachen eine blutig-seröse Flüssigkeit im Munde hatte. Nachdem durch sorgfältigste Untersuchung die Möglichkeit einer anderen Entstehungsursache ausgeschlossen war, konnte schliesslich festgestellt werden, dass das Blut aus erweiterten — und wahrscheinlich in Folge des Alters veränderten — Gefässen am Mundboden stammte. Patientin hatte nämlich die Angewohnheit, beim Aufwachen Saugbewegungen mit dem Munde zu machen, und in Folge der dadurch bewirkten Luftverdünnung im Cavum oris traten aus den abnormen durchgängigen Gefässen am Mundboden rothe Blutkörperchen aus. Unter Anwendung von Adstringentien und nach Befolgung der vom Verf. gegebenen Ermahnung, die Saugbewegungen zu unterlassen, trat Heilung ein. FINDER.

105) **A. Trambusti. Ein Fall von diphtheroider Stomatitis mit Oospora. (Sur un cas de stomatite diphthéroïde à oospora.)** *Archives de médecine des enfants. Februar 1901.*

Ein 3jähriges Kind hatte Pseudomembranen der Wangenschleimhaut und Störungen des Allgemeinbefindens, die Diphtherie vortäuschten. Dabei fanden sich keine Löffler'schen Bacillen sondern oosporaähnliche fadenartige Culturen. Wahrscheinlich handelte es sich um Oospora Dorix, wie sie Sauvage und Radais beschrieben haben. PAUL RAUGÉ.

106) **Charles Cary. Ein Fall von Pneumonie mit Pseudomembranen auf Mundschleimhaut, Zunge, Pharynx, Nase, Conjunctiva, Glans penis, Anus etc. durch Diplococcus Pneumoniae. (A case of pneumonia, complicated by pseudomembranous exudate on the mucous membranes of the mouth, tongue, pharynx, nares, conjunctivae, glans penis, anus etc., caused by Diplococcus Pneumoniae.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. Juni 1901.*

Es handelte sich um einen 11jährigen Knaben. Vermuthlich war auch

der ganze Intestinaltractus betheiligt. Die Erkrankung ging in Heilung durch Lysis aus.

EMIL MAYER.

107) **Sedziak. Ueber die primäre syphilitische Induration der Mundhöhle, Rachen, Nase und Ohren. (O pierwotem stwardnienin przymiotowem w jamie ustnej, gardzielu, nosie i uszach.)** *Pamietnik Towarzystwa lekarskiego. 1900. pag. 705.*

Die Arbeit stellt statistische Daten über 3767 zusammengestellte Fälle aus der Literatur. Am häufigsten wurde die primäre Induration in der Mundhöhle (2741 Fälle), dann im Rachen (790 Fälle) und besonders an den Tonsillen (590 Fälle) beobachtet. Viel seltener wurde das Leiden primär in der Nase localisirt (118 Fälle) dann in 88 Fällen in dem Nasenrachenraum. Noch seltener (nur 80 Fälle) wurde die Krankheit in den Ohren und zwar in 16 Fällen an der unteren Ohrmuschel beobachtet. Nur in 2 Fällen wurde das Leiden mit Bestimmtheit in dem Larynx beobachtet. Nach genauen statistischen Angaben bespricht Verfasser weiter die Symptomatologie, Verlauf und Behandlung der Therapie des bezüglichen Leidens.

A. v. SOKOLOWSKI.

108) **Morestin. Krebs des Mundbodens. (Cancer du plancher de la bouche.)** *Société anatomique. 26. October, 21. December 1900.*

M. spricht sich gelegentlich der Vorstellung eines derartigen Falles gegen die Ansicht aus, welche den Ausgang des Mundbodenkrebses in die sublingualen Lymphdrüsen verlegt.

Bei der Operation bevorzugt er den suprahyoidealen Weg vor dem natürlichen Zugang.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

109) **Francis P. Denny. Diphtheriebacillen in gesundem Hals und gesunder Nase mit Bericht über derartige Fälle. (Diphtheria bacilli in healthy throats and noses with report of cases.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Devember 1900.*

Gesunde, die der diphtheritischen Infection ausgesetzt waren oder zahlreich in engen Räumen zusammengedrängt leben, tragen häufig in Rachen und Nase Diphtheriebacillen. Selten dagegen Gesunde, die einer Ansteckung nicht exponirt waren.

LEFFERTS.

110) **Notiz des Herausgebers. Kaninchen als Diphtherieerreger. (Rabbits charged with causing Diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 8. December 1900.*

In der Stadt Grafton (Ill.) kamen mehr als 100 Diphtheriefälle vor, davon 20 mit tödtlichem Ausgang. Zu dieser Zeit waren die umliegenden Ländereien mit Kaninchen überschwemmt, die als billige Nahrung auf den Markt gebracht wurden. Es liess sich ärztlicherseits durch mikroskopische Untersuchungen erweisen, dass die Kaninchen die Infectionsträger waren.

LEFFERTS.

111) C. D. Harrington. **Diphtherieverschleppung durch die Hauskatze. (Diphtheria traced to the family cat.)** *Northwestern Lancet. 15. December 1900.*

Bei einer Katze fanden sich Klebs-Löfflerbacillen, und es liess sich die Verschleppung von Diphtherie auf mehrere Patienten wahrscheinlich machen.

EMIL MAYER.

112) Andrews. **Bakteriologische Diagnose der Diphtherie. (Bacteriological diagnosis of Diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 15. December 1900.*

Bacteriologische Studien über den Klebs-Löfflerbacillus morphologischer und cultureller Natur.

LEFFERTS.

113) Fentem. **Sublinguale Diphtherie. (Sublingual Diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1900.*

Diphtherie findet sich nicht selten auch an anderen Schleimhäuten als im Rachen, aber sehr selten an der Mundschleimhaut ohne gleichzeitige Betheiligung des Rachens. Einen derartigen Fall, wo die Diphtherie unter der Zunge localisirt und bacteriologisch nachgewiesen war, beschreibt Fentem. Rachen und weicher Gaumen waren roth aber frei von Belag.

LEFFERTS.

114) J. P. Barber. **Diphtherie. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 1. December 1900.*

Verf. behandelt vornehmlich die Frage der Localbehandlung, die er zur Zerstörung der in Hals, Nase etc. angesiedelten Diphtheriebacillen mit heranzuziehen wünscht in Form von Besprayung oder Irrigation mit $^1/_2$ proc. Formalinlösungen.

LEFFERTS.

115) Francis Villy. **Eine Form von diphtherieähnlicher Rachenentzündung. (A form of faucial inflammation resembling Diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1900.*

Verf. berichtet von 4 Fällen, die in seine Behandlung kamen und die der durch den Klebs-Löfflerbacillus verursachten Diphtherie äusserst ähnlich waren. Sie unterscheiden sich aber durch verschiedene Momente von derselben, vor Allem durch das Ueberwiegen des Streptococcus pyogenes im Halse.

LEFFERTS.

116) Joseph Grindon. **Pseudo-Diphtherie, verursacht durch Micrococcus tetragenus. (Pseudo-Diphtherie apparently due to Micrococcus tetragenus.)** *St. Louis Courier of Medicine. December 1900.*

Bei einem 12jährigen Burschen mit acuter folliculärer Tonsillitis, bei welchem eine dünne Membran auf der Schleimhaut lag, ergab die bacteriologische Untersuchung Reinculturen von Mikrococcus tetragenus.

EMIL MAYER.

117) E. F. Trevelyan. **Diphtheritische Lähmung. (Diphtheritic paralysis.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1900.*

Analyse von 6 Fällen mit Bemerkungen über Verkommen von Albuminurie und Ataxie bei diphtheritischen Lähmungen.

LEFFERTS.

118) **Aurand** (Lyon). **Accommodationslähmung nach wahrscheinlicher Diphtherie des Nasenrachenraums. (Paralysie de l'accommodation consecutive à une diphthérie probable du rhinopharynx.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 12. December 1900.*

Vollständige Accomodationslähmung nach acut infectiöser, wahrscheinlich diphtheritischer Erkrankung des Nasopharynx, die wohl durch bestehende Ozaena begünstigt war.

PAUL RAUGE.

119) **J. Weichselbaum. Jodquecksilber bei Diphtherie. (Biniodide of Mercury in Diphtheria.)** *Merck's Archives. December 1900.*

Verf. hat mit der Quecksilberbehandlung, ferner mit Spray und Gurgelungen von Wasserstoffsuperoxyd, Darreichung von Chinin und Aconit gute Resultate erzielt, und in den letzten 15 Jahren auf diese Weise keinen Fall verloren.

EMIL MAYER.

120) **Richard A. Cleeman. 35 Fälle von Diphtherie in der Privatpraxis mit Antitoxin behandelt. (Thirty-five cases of Diphtheria in private practice treated with Antitoxin.)** *University Medical Magazine. December 1900.*

Von 4 Todesfällen traten 2 nach laryngealer Stenose auf und zwar wenige Stunden nach Anwendung des Serums. Von 8 weiteren laryngealen Fällen wurden 3 intubirt und heilten alle.

Verf. begann mit 1000 Einheiten, die ev. am nächsten Tag wiederholt wurden. In späteren Fällen wurden 2000 Einheiten (subcutan) verabreicht.

EMIL MAYER.

121) **Burt Rusell Shurly. Antitoxin und Intubation mit Bericht über eine zweite Serie von 100 Operationen. (Antitoxin and Intubation with a report of a second series of 100 operations.)** *Therapeutic Gazette. December 1900.*

Prophylactische Antitoxininjectionen, nöthigenfalls Intubation, Hebung des Allgemeinzustandes und hygienische Verhältnisse setzen die Mortalität beträchtlich herab.

EMIL MAYER.

122) **John H. Mc Collom. Empfehlung grösserer Dosen von Antitoxin in der Diphtheriebehandlung. (A plea for larger doses of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Boston medical and surgical Journal. 20. December 1900.*

Auf Grund von Studien in den Listen der Gesundheitsämter von Boston und anderen Städten, von Spitälern, und von Studien über ca. 8000 klinische Fälle kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Mortalität in Boston vor 1895 sehr hoch war, und seit der Einführung des Antitoxins wesentlich gesunken ist, dass die Mortalität ferner merklich zurückgegangen ist seit der Einführung grosser Dosen, ohne dass dabei Nachtheile aufgetreten wären, und dass schliesslich die Antitoxinbehandlung der Diphtherie so früh wie möglich einsetzen soll.

EMIL MAYER.

123) **Chary. Die Mortalität der Diphtherie vor und nach der Serumtherapie. (La mortalité par diphthérie après et avant la sérotherapie.)** *Thèse de Paris 1900.*

Nach den europäischen Statistiken ist die Mortalität der Diphtherie seit der Serumtherapie auf die Hälfte gesunken.

PAUL RAUGÉ.

124) **J. E. Herman. Kritik einiger Antitoxinstatistiken. (A dissection of some antitoxine statistics.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1900. N. Y. Medical December. 22. December 1900.*

Verf. sucht an der Hand von mehreren Statistiken nachzuweisen, dass die deutliche Abnahme der Mortalität von anderen Ursachen als der Antitoxinbehandlung herrührt, und man der letzteren zu viel unverdiente Lorbeeren gereicht hat.

LEFFERTS.

125) **E. Escat. Schwierigkeiten bei der laryngealen Intubation. (Difficulties of laryngeal intubation.)** *Medicine. December 1900.*

Verf. bespricht gewisse Schwierigkeiten der laryngealen Intubation bei Kindern und ihre Umgehung.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

126) **Arthur Kuttner** (Berlin). **Larynxtuberculose und Gravidität.** *Nach einem Vortrag, gehalten auf der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher zu Hamburg. Original-Arbeit in B. Fraenkel's Archiv für Laryngologie und Rhinol. Bd. XII. Heft 3.*

Der Einfluss, den die Gravidität auf die Larynxtuberculose ausübt, ist bisher nirgends und niemals eingehend gewürdigt worden. Es finden sich in der Literatur 7 Fälle, von 4 Autoren mitgetheilt, die als casuistische Beläge geeignet sind, das Krankheitsbild, das aus dem Zusammentreffen von Schwangerschaft und Kehlkopftuberculose resultirt, zu illustriren, man hat es aber bisher immer verabsäumt, aus einer Zusammenfassung und kritischen Würdigung der verschiedenseitigen Erfahrungen ein Regulativ abzuleiten, das, wenn auch nicht für jeden einzelnen Fall, so doch principiell giltige Verhaltungsmaassregeln an die Hand geben kann. Dieser Mangel hat sicher manches Opfer gekostet, das bei besserer Klärung der Situation vielleicht hätte vermieden werden können. Zweck dieses Vortrages ist es, eine Anregung zu bieten, wie diesem Uebelstand nach Thunlichkeit abgeholfen werden kann.

Das Material, das Verf. zusammenzutragen in der Lage war, umfasst 15 genau beschriebene Fälle und ausserdem noch etwa 10—12 weitere Fälle, von denen sich genauere Details nicht beibringen liessen. Von diesen 15 Fällen sind 7 bereits in Literatur niedergelegt; alle übrigen Fälle entstammen zum Theil dem Beobachtungsmaterial des Verfassers, zum Theil einer Sammelforschung, die Verfasser bei einer Anzahl von Collegen, die über umfassende Erfahrung verfügen, angestellt hat. Zu besonderem Danke fühlt sich Verfasser verpflichtet gegen die Herren B. Fränkel, Gusserow, J. Lazarus und E. Baumgarten für die freundliche Ueberlassung ihres Materials.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen waren folgende:

Eine hereditäre Veranlagung liess sich durchaus nicht in allen Fällen nachweisen. Bei 3 Frauen war die wohl immer primäre Lungenerkrankung schon vor dem Beginn der Schwangerschaft deutlich ausgesprochen; in 12 anderen Fällen

war von seiten der Lungen gar keine oder nur eine minimale Erkrankung nachweisbar. Die Kehlkopferkrankung bestand einmal schon vor der Conception, 2mal trat sie im 6. Monat auf, 12mal in der ersten Hälfte der Gravidität. Erst- und Mehrgebärende sind der Erkrankung in gleicher Weise ausgesetzt. Zwei Frauen, von denen die eine früher an einer leichten Spitzenaffection, die andere an Kehlkopftuberculose gelitten hatte, waren nach ihrer Ausheilung 3—4 Jahre lang ganz frei von jeder Beschwerde geblieben. Beide erkrankten gleich nach dem Eintritt der Schwangerschaft aufs Neue und starben kurze Zeit nach der Entbindung.

Ganz ausgetragen wurde anscheinend kein Kind; 4 wurden im neunten, 8 im achten, 3 im siebenten Monat geboren. Alle Kinder kamen lebend zur Welt, bei 4 fehlt jede Nachricht über ihr weiteres Schicksal, von 3 konnte Verfasser in Erfahrung bringen, dass sie noch leben (das eine 7 Monat alt, an schwerem Keuchhusten leidend, das 2. fast zwei, das 3. ungefähr 15 Jahre alt, sehr zart). 8 Kinder sind gestorben, zum Theil unmittelbar nach der Geburt, spätestens 3 Wochen alt, das sind von den 11 Kindern, die in Betracht kommen, 72—73 pCt.

Die 15 Frauen, über die genauere Berichte vorliegen, sind alle ausnahmslos gestorben, zum Theil unmittelbar nach der Entbindung, spätestens 2 Monat nachher, obgleich Geburt bez. Schwangerschaft in allen Fällen normal verliefen.

Die nicht genau registrirten Fälle zeigten fast durchgängig dasselbe Krankheitsbild; eine oder die andere Frau soll mit dem Leben davongekommen sein, da aber präcise Angaben über diesen günstigen Ausgang nicht zu erlangen waren, so ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass dieses glückliche Resultat nur durch eine vorschnelle Unterbrechung der Beobachtung bedingt wurde. Es wird Sache einer späteren Forschung sein, festzustellen, wie gross die Zahl derer ist, die die Fährnisse einer durch Larynxtuberculose complicirten Schwangerschaft und Entbindung überstehen.

Die in der sonst üblichen Weise vorgenommene Localbehandlung per vias naturales ist durchaus erfolglos gewesen; eine spontane Besserung, so lange die Schwangerschaft besteht, dürfte ausgeschlossen sein.

Aus den eben skizzirten Erfahrungen glaubt Verfasser folgende Schlussfolgerungen ableiten zu dürfen:

Bei Frauen, deren Befinden hoffnungslos ist, soll man die Larynxtuberculose nur in der üblichen Weise local behandeln, ev. bei Indicatio vitalis die Tracheotomie vornehmen.

Bei Frauen, deren Allgemeinbefinden günstig ist, darf man, solange die Kehlkopfkrankheit ganz geringfügig ist (kleine Erosionen, ein circumscriptes Ulcus) sich abwartend verhalten. Sobald sich Infiltrate bilden, oder die Erkrankung sich anschickt diffus zu werden, soll man die Patientin über die Gefahren ihres Zustandes unterrichten und, nach erlangter Einwilligung, so schnell als möglich die Tracheotomie vornehmen und, wenn diese nicht in wenigen Tagen günstig wirkt, den künstlichen Abort einleiten.

Je früher die Schwangerschaft unterbrochen wird, desto günstiger liegen die Chancen für die Mutter, weil die Anstrengung für die Mutter um so geringer ist, je kleiner die Frucht ist. Auch der Blutverlust pflegt beim künstlichen Abort ver-

hältnissmässig gering zu sein. Vom 7. Schwangerschaftsmonat ab verschlechtern sich die Aussichten für die Mutter, weil der Anstrengung bei dem Geburtsact eine starke Erschöpfung zu folgen pflegt.

Es ist rathsam, bei vorgeschrittener Kehlkopferkrankung vor der Entbindung die Tracheotomie vorzunehmen oder wenigstens zu ihrer Ausführung sich immer bereit zu halten, um einer plötzlichen Erstickung während des Geburtsactes vorbeugen zu können.

AUTORREFERAT.

127) A. Mesnard. **Naht von experimentellen Trachealwunden. (Suture de plaies expérimentales de la trachée.)** *Société anatomique. 21. December 1900.*

Die Heilung war gleich gut, ob Verf. nun die ganze Trachealwand inclusive Schleimhaut in die Naht hereinbezog oder nur die Schleimhaut allein.

PAUL RAUGÉ.

128) **Charles J. Bell. Entfernung einer 12 Jahre lang in die Gewebe eingebetteten Nadel. (Removal of a pin embedded in the tissus twelve years.)** *The New York State Journal of Medecine. März 1901.*

Beim Empordrängen der Zunge fand sich rechts vom Frenulum die Spitze einer Nadel, die zwischen Zunge und Mundboden steckte. Um die Mitte der Nadel fand sich ein Mantel von abgelagerten Kalksalzen. Sie wurde extrahirt ohne dass der Pat. irgend welche nachträgliche Beschwerden verspürte.

EMIL MAYER.

129) **N. H. Barr. Laryngo-Tracheotomie wegen Fremdkörpern. (Laryngotracheotomy for foreign body.)** *Mississippi Medical Record. März 1901.*

Nach der vergeblichen Operation wurde ein Blechstück 21 Tage nach dem Verschlucken ausgehustet.

EMIL MAYER.

130) **Picqué** (Paris). **Transversale Halswunde; theilweise Verwundung des Larynx und der Trachea. Naht nach einem besonderem Verfahren. Heilung ohne Stenose. (Plaie transversale du cou; plaie incomplète du larynx et de la trachée; suture par un procédé spécial, guérison sans rétrécissement.)** *Société de Chirurgie. 21. November 1900.*

Es handelte sich um eine Halswunde, die sich ein Geisteskranker im Selbstmordversuch beigebracht hatte und die den Larynx und die beiden ersten Trachealringe betroffen hatte. Die Naht wurde mit Hülfe von Catgutfäden, die zwischen Ringknorpel und die nächsten intacten Trachealringe gelegt waren, ausgeführt.

Die Vereinigung erfolgte per primam, und die Heilung ohne die geringsten Stenosenerscheinungen an der Trachea.

Mit dem Laryngoskope konnte man unter den Stimmbändern eine feine lineäre Narbe bemerken.

PAUL RAUGÉ.

131) **Habart** (Wien). **Durchschneidung des Halses zwischen dem Zungenbein und dem Schildknorpel — Selbstmordversuch.** *Wissenschaftl. Verein der k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien, Sitzung vom 12. Januar 1901. Wiener klin. Wochenschrift. 1901. No. 7.*

Nach Anlegung nöthigster Ligaturen tiefe Tracheotomie, Einlegen der Tamponcanüle, Einführen des Schlundrohres. Epiglottis durch Naht vereinigt, desgleichen die Schnittwunde und zwar in 3 Etagen. Kochsalzinfusionen mittelst eines vom Vortragenden construirten Apparates. Heilung. CHIARI.

132) **Rudolph Matas. Intralaryngeale Einblasungen. (Intralaryngeal Insufflation.)** *Journal American Medical Association. 2., 9. Juni 1900.*

Die O'Dwyer'sche Originaltube ist bei unverändertem intralaryngealem Abschnitt so modificirt, dass sie gebraucht werden kann als Respirator, als Tamponcanüle, zur Narkose, zum Hervorziehen von Larynx und Zunge, als Einstäuber und endlich als Aspirator. EMIL MAYER.

133) **F. E. Sampson. Die Bedeutung der Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx as an emergency operation.)** *Medical Herald. April 1901.*

Detaillirung einer Reihe von Demonstrationen an der Leiche.

EMIL MAYER.

134) **M. Borts. Zwei ungewöhnliche Intubationsfälle. (Two unusual cases of intubation.)** *Cleveland Journal of Medecine. April 1901.*

Das Interessante an den Fällen war, dass die Tuben sehr lange liegen bleiben mussten, im ersten Fall 32, im zweiten 47 Tage. EMIL MAYER.

135) **Joseph Mullen. Ueber eine Intubation mit Complicationen. (Report of an intubation, with complications.)** *Laryngoscope. Juni 1901.*

5 Tage nach der Intubation wurde Extubation erfolglos versucht. Es wurden im Verlauf einer Woche 6 Versuche gemacht, die Tube zu entfernen, aber jedesmal ohne Erfolg. Dabei wurde jedesmal der Kehlkopf mit dem Zeigefinger der linken Hand stark nach abwärts gedrängt, um dem Zug nach oben entgegenzuwirken. Versuche, die Tube vom Kehlkopf aus herauszustossen, waren gleichfalls erfolglos. 3 Wochen nachdem das Kind eine Diphtherie überstanden hatte, konnte es schon ohne Athembeschwerden umherlaufen. 6 Wochen nach der Intubation wurde es nothwendig, die Tube zu entfernen, da das Kind an Grippe erkrankte. Nun wurde die Membrana cricothyreoidea eröffnet; man konnte jedoch nichts von der Tube sehen, weshalb direct die Laryngotracheotomie angeschlossen wurde, die jedoch die Tube ebenfalls nicht zu Gesicht brachte. Man vermochte jedoch mit reflectirtem Licht eine lange rundliche Leiste von Granulationsgewebe im Larynx abwärts bis in die Trachea hinein zu verfolgen. Nachdem diese Masse entfernt worden war, trat nun die goldplattirte Tube, die so schwarz wie Hartgummi aussah, dahinter hervor. Nachdem das Gewebe genügend entfernt war, wurde die Tube mit der Zange gefasst und durch den Kehlkopf in den Mund ge-

zogen, indem gleichzeitig der Larynx mit Index und Mittelfinger der linken Hand gewissermaassen davon heruntergestreift wurde. 6 Stunden nach der Laryngo-Tracheotomie entwickelte sich bei dem Kinde eine catarrhalische Pneumonie, von der es sich nur sehr langsam erholte. Gegenwärtig ist die Stimme nach Ton und Umfang noch sehr schwach, kehrt aber allmälig wieder zur Norm zurück.

EMIL MAYER.

137) **v. Bokay** (Ofen-Pest). **Das Intubationstrauma.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 58. Bd. 1901.*

Aus seiner grossen Zahl von Intubationen berichtet v. Bokay über die durch den Tubus bedingten Verletzungen, von denen in erster Linie genannt werden die bei der Tubuseinführung gemachten Schleimhautabschorfungen oder falschen Wege, von welch' letzteren er 5 Fälle gesehen hat. Von Decubitalgeschwüren wurden 156 bei 360 auf 1203 Beobachtungen treffenden Sectionen beobachtet, die Geschwüre hatten ihren Sitz stets in der vorderen Wand der Trachea und des Kehlkopfes. Im Gefolge der Intubation entstandene Kehlkopfstricturen hat v. B. nur 4 Fälle gesehen, dazu kamen noch 4 Fälle, die von anderer Seite intubirt waren.

SEIFERT.

138) **M. Lavrand** (Lille). **Zwei Fälle von Laryngofissuren. (Deux cas de laryngo-fissure.)** *Rev. hebdom. de laryng. No. 23. 8. Juni 1901.*

Der erste Fall betrifft einen Kranken, der zuerst erfolgreich thyreotomirt worden war, dann aber wieder von einem Recidiv seines bösartigen Tumors befallen wurde, und 8 Tage nach der Totalexstirpation seines Larynx starb.

Im zweiten Fall handelt es sich um ein fibröses Papillom pachydermischen Charakters, das für bösartig gehalten erfolgreich durch Laryngofissur ohne Tracheotomie entfernt wurde.

E. J. MOURE.

139) **G. J. Cott. Laryngofissur wegen Papillom. (Laryngofissure for papilloma.)** *Journal American Medical Association. 20. Juli 1901.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

140) **W. Chubb. Erfolgreiche Tracheotomie bei Kindern. (Successful tracheotomy in enfants.)** *Brit. Med. Journal. 16. Februar 1901.*

Tracheotomie bei einem 6monatlichen Kinde. Heilung. Membranen wurden nicht gefunden. Die Ursache der Obstruction war nicht zu ermitteln.

ADOLPH BRONNER.

141) **W. K. Simpson. Erfahrungen über die Tracheotomie. (Experience mith tracheotomy.)** *N. Y. Medical Record. 2. März 1901.*

Nach der Ansicht S.'s soll in Fällen von chronischer Stenose die Intubation die Methode der Wahl sein, während die Tracheotomie doch immer als gefährlichere Operation angesehen werden muss. Die Erfahrung lehrt, dass, wenn die Natur der Stenose nicht bekannt ist, Tracheotomie ausgeführt oder so vorbereitet werden muss, dass sie unmittelbar nach der Intubation vorgenommen werden kann. Die Tracheotomie soll immer in dem Gedanken an baldige Intubation gemacht werden. Die hohe Tracheotomie ist der tiefen Operation vorzuziehen. Je



länger die Tracheotomiecanüle liegen bleibt, um so grösser ist die Schwierigkeit, dem Larynx nachher mit der Intubationsröhre beizukommen. Verf. bevorzugt die Hartgummiröhre, weil sie sich nicht mit Kalkabscheidungen überzieht. Rogers hat sich durch die Modification der Tube den Dank seiner Fachcollegen verdient. Der „Ellenbogen“ an derselben verhütet, dass sie beim Husten ausgestossen werden kann.

LEFFERTS.

142) **John Rogers. Erfahrungen über die Tracheotomie. (Experience with tracheotomy.)** *N. Y. Medical Record. 2. März 1901.*

Verf. berichtet über 7 bemerkenswerthe Fälle. Unter diesen sind 4 Laryngotomien und 11 Tracheotomien, von denen keine einzige tödtlich verlief. Bei den meisten dieser Fälle war der Ringknorpel gespalten worden, und die Erfahrung schien darauf hinzuweisen, dass dies Verfahren zu schlechter Narbenbildung führt. Laryngotomie ist, ausgenommen bei Tumoren, zwecklos. Bei der Anwendung von Aether bei der Tracheotomie macht man traurige Erfahrungen, weshalb man nöthigenfalls immer die Chloroformnarkose benutzen sollte. Bei tiefer Tracheotomie riskirt man eine Verletzung der grossen Gefässe am oberen Sternalrand. Tödtliche Asphyxie kann eintreten, bevor die Blutung gestillt werden kann. Wenn die Stenose nicht chronisch und eine sorgfältige Schnittführung möglich ist, ist die tiefe Tracheotomie vorzuziehen, dagegen ist dieselbe bei chronischer Narbenstenose unzweckmässig. Hier, sowie in dringenden Fällen, verdient die hohe Operation den Vorzug. Man kann den genauen Sitz der Stenose nicht immer direct localisiren. Wenn man mit einer kurzen Canüle nichts erreicht, muss man es mit einer längeren versuchen.

LEFFERTS.

143) **T. Zalewski. Zwei Fälle von Tracheotomie infolge von schwerer luetischer Kehlkopfaffection. (Dwa przypadki tracheotomyi 2 powodu Kity krtani.)** *Przeglad lekarskl. No. 20. 1901.*

In beiden Fällen (48 und 24jähriger Mann) wurde die Tracheotomie in Folge rasch zunehmender Athemnoth ausgeführt. Das anatomische Bild entsprach der sogenannten Chorditis vocalis inferior hypertrophica. Es bestanden dicke Wülste unterhalb der unteren Stimmbänder. In beiden Fällen schwanden nach methodischer Jodkali-Darreichung allmählich die Wülste und die Kranken genasen.

S. v. SOKOLOWSKI.

144) **Biondi. Totale Larynxexstirpation wegen Carcinom. (Laryngectomia totale per carcinoma.)** *R. Academia dei Fisiocritici in Siena. 30. März 1901.*

Seit der Operation sind 4 Monate verstrichen. In Folge Vornahme einer Plastik ist die Communication zwischen Pharynx und Trachea völlig abgeschlossen; Pat. kann nur mittels flüssiger Speisen ernährt werden und ist im Stande, ohne künstlichen Kehlkopf zu articuliren und sich so verständlich zu machen.

FINDER.

145) **Brewer. Tracheotomie eine gefährliche Operation. (Tracheotomie a dangerous operation.)** *N. Y. Medical Report. 2. März 1901.*

B. ist der Ansicht, dass alle Tracheotomieen gefährlich sind, ob sie gegen Diphtherie oder als Vorbereitung für andere Operationen unternommen werden.

Seine Erfahrungen lassen ihn nach jeder Tracheotomie den Ausbruch von septischer Pneumonie befürchten.

LEFFERTS.

146) **Thomas. Eine seltene Complication bei Tracheotomie. (A rare complication in tracheotomy.)** *N. Y. Medical Record. 21. Juli 1900.*

Verf. wollte ein 2jähriges Kind wegen Diphtheriemembranen tracheotomiren, konnte aber die Trachea nicht finden. Er explorirte vergeblich in der Medianlinie, bemerkte dann beiderseits fibröse Stränge, die er für eine deformirte Trachea hielt, in die er aber umsonst einzudringen versuchte. Bei tieferer Präparation fand sich der Larynx nach unten hinter die Fossa jugularis gedrängt. Trotz Spaltung des Schildknorpels und Einführung einer Canüle auf diesem Wege, starb das Kind. Bei der Section ergab sich, dass die fibrösen Stränge stark contrahirte und degenerirte Sternocleidohyoideus-Muskeln darstellten, welche den Larynx hinter das Sternum hinabgedrängt hatten, und nach deren Durchschneidung die Trachea zu Tage trat. Eine Erklärung für diese Anomalie liess sich nicht finden.

LEFFERTS.

147) **Simmonds. Ueber Spätstörungen nach Tracheotomie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1901.*

Es kommen hauptsächlich in Betracht: seitliche Einengungen, Granulationsgeschwülste, Narbenstricturen; Granulationsgeschwülste hält S. für äusserst selten; er hat einen Fall bei einem Kinde, das an einer erbsengrossen derartigen Geschwulst erstickte.

SCHECH.

148) **George Gottstein. Pseudostimme nach totaler Larynxexstirpation. (Pseudo voice following total Exstirpation of the larynx.)** *Philadelphia Medical Journal. 12. Januar 1901.*

Nach vollständiger Entfernung des Kehlkopfs wegen maligner Erkrankung wurde ein Apparat eingelegt und Patient war nun im Stande, mit monotoner Stimme zu sprechen. In der Folge verursachte der Apparat Beschwerden, hingegen vermochte Patient auch mit dem Munde allein gewisse Laute hervorzubringen, und nach consequenten Sprachübungen kehrte der Patient eines schönen Tages in das Hospital zurück und war im Stande ohne Apparat mit deutlicher und lauter Stimme zu sprechen. Nach weiterer Uebung umfasste seine Stimme fast eine ganze Octave. Bei Studium seiner Stimmproduction fand sich, dass der Ton durch Contraction der Larynxmuskeln in der Epiglottisgegend hervorgebracht wurde. Der Luftstrom, der die tonprocudirenden Falten in Schwingungen setzte, stammte aus einem Raum, der sich grade unter der Epiglottis formte. Diese Windkammer wurde gefüllt und geleert durch die Halsmuskeln. Es fand sich auch eine zweite Luftkammer unter der ersten, die zur Reserve diente, und dem Pat. ermöglichte eine Reihe von Worten auszusprechen, ohne von neuem Luft zu schöpfen.

EMIL MAYER.

149) **Braun** (Berlin). **Totale Kehlkopfexstirpation. Sprache mit und ohne künstlichen Kehlkopf.** *Deutsche med. Wochenschr. 1901. Vereinsbeil. No. 15.*

Ein nach der Gluck'schen Methode wegen Carcinoms mit Wegnahme von Kehlkopf und Epiglottis nebst dem obersten Theil der Trachea operirter Kranker



konnte sich nach der Heilung ohne künstlichen Kehlkopf „mit lauter, weithin verständlicher, wenn auch etwas rauher Sprache für die Bedürfnisse des täglichen Lebens vollkommen ausreichend unterhalten". Die näheren Einzelheiten, wie die Stimme entstand, waren nicht zu eruiren, da Pat. nach Einführung des Kehlkopfspiegels keinen Ton hervorbringen konnte. (Sollte die Radioskopie hier nicht Aufschluss geben können? D. Ref.).

ZARNIKO.

150) **H. Ane. Plastik bei Trachealdefecten. (Plastic covering of defects in the trachea.)** *N. Y. Medical News. 26. Mai 1900.*

Verf. berichtet über einen eigenen Fall, und ist der Meinung, dass Trachealdefecte gewöhnlich durch Tracheotomieen in früher Kindheit entstehen. Ihre plastische Deckung erleichtert den Patienten und bringt den Larynx zu besserer Entwicklung. Der langdauernde Gebrauch von Canülen schädigt den Larynx an Function und Wachsthum. Seit einigen Jahren werden Versuche gemacht, derartige Defecte mit Knochenstücken zu schliessen. Schimmelbusch demonstrirte unlängst einen 13jährigen Knaben mit Larynxstenose und Trachealdefect von 2 Zoll Länge nach Tracheotomie im zweiten Lebensjahr wegen Diphtherie. Es wurde ein Hautknochenlappen vom Sternum genommen und nach oben umgeklappt, so dass die Haut nach innen kam. Seine rauhe Aussenfläche wurde durch Hauttransplantation aus der Nachbarschaft gedeckt. Das Resultat war gut. F. König zeigte ebenfalls einen Fall, und König junior berichtete über 5 weitere Fälle, von Larynx- und Tracheadefect die mit Transplantation von Haut, Knorpel und Knochen vom Larynx oder vom Sternum behandelt worden waren.

LEFFERTS.

151) **M. Paunz** (Budapest). **Ueber das zweihändige Operiren im Kehlkopfe.** *Wien. klin. Rundschau. 1901. No. 3.*

P. führt die Vortheile an, welche er bei Verwendung seines fixirbaren Kehlkopfspiegels (Pester med. chir. Presse XXXV, 1899, No. 26) namentlich bei Larynxoperationen constatiren konnte. (Der einzige, eventuell in Betracht kommende Vortheil ist jedoch nur der, dass der Operateur sich nöthigenfalls beider Hände zum Operiren bedienen kann. Ref.) Dieser Spiegelapparat ist natürlich nur bei wenig empfindlichen Patienten anwendbar.

CHIARI.

152) **Avendans** (Buenos-Ayres). **Intubationsinstrumente. (Instruments de tubage.)** *Société de Pédiatric. 9. August 1900.*

Demonstration verbesserter und billigerer Instrumente zur Intubation.

PAUL RAUGÉ.

153) **Seth Scott Bishop. Ein Epiglottis-Retractor. (An epiglottis retractor.)** *Journal American Medical Association. 17. November 1900.*

B. demonstrirt einen Epiglottisretractor, der für Fälle bestimmt ist, in denen es unmöglich ist einen guten Einblick in den Larynx zu bekommen ohne die Epiglottis nach oben und vorne zu ziehen. Die spatelförmige Platte, die hinter oder unter die Epilglottisfläche zu liegen kommt, genügt um die omegaförmige Epi-

glottis niederzudrücken und so die Laryngoskopie zu ermöglichen. Eine sichere Controle ist durch den doppelten Ringgriff, wie bei der scharfen Zange, ermöglicht.

EMIL MAYER.

154) **Rosenberg. Ein neues schneidendes Kehlkopfinstrument.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1900.*

Das Instrument ist eine Combination der schneidenden Zange und der Landgraf'schen Curette und ist so gebaut, dass der Operateur alles, was über das Stimmband hinausragt, wie mit einer Scheere abschneiden kann, wenn er die scharfe Kante des Instrumentes dem Stimmbandrand entsprechend anlegt. Zu haben ist das Instrument bei Pfau, Berlin.

SCHECH.

155) **Gherardo Ferreri. Larynxinstrument. (Laryngeal abrasor.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Verf. gibt ein Instrument an, das in Erstickungsfällen, in denen man vor operativer Eröffnung der Trachea versuchen will, Instrumente (Pseudomembranen, Fremdkörper, Neoplasma, Tumoren und Verwachsungen oberhalb der Glottis) in den Larynx einzuführen, diesen Zweck erfolgreich erfüllt.

EMIL MAYER.

156) **Bock. Ein Beitrag zur practischen Verwerthbarkeit des Laryngo-Stroboscops.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1901.*

Gestützt auf die Untersuchungen Oertel's theilt B. mehrere Fälle mit, bei denen nur durch das Stroboscop die Ursache der Stimmstörung erkannt werden konnte. Näheres im Original.

SCHECH.

157) **Trautmann. Ein neuer sterilisirbarer Kehlkopfspiegel.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1901.*

Demonstration einer solchen in der aryngo-otol. Gesellschaft; der Spiegel besteht aus einer Metallkapsel als Gehäuse, in das ein kupferbelegter Spiegel gelegt wird und aus einem Verschlussring, der über beide geschoben und durch Drehung fixirt wird.

SCHECH.

158) **Ruprecht. Lysollösung zur Verhinderung des Beschlagens der Kehlkopfspiegel.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1900.*

Der Titel besagt den Inhalt, R. empfiehlt eine $1/2$ proc. Lösung. SCHECH.

159) **E. Urbantschitsch** (Wien). **Gegen das Anlaufen der Spiegel bei Untersuchungen im Naseurachenraume.** *Wien. klin. Wochenschr. 1901. No. 6.*

Aufforderung zur Verwendung einer in Bleistiftform gefassten Seifencomposition — Lasin —, die vor der Anwendung der Schmierseife den Vortheil der Geschmack- und Geruchlosigkeit hat.

CHIARI.

160) **Lode** (Innsbruck). **Respiratoren.** *Wissenschaftliche Aerzte-Gesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 24. Nov. 1900. Wien. klin. Wochenschr. 1901. No. 12.*

Demonstration zweier Respiratoren — Halskrausen- und Schnurrbartbinden-Respirator —, die folgendes Neue in sich haben: 1. die Vergrösserung der die Luft filtrirenden Fläche, 2. die Verkleinerung des Raumes, in welchem der Luft-

wechsel unvollkommen vor sich geht, 3. das Freibleiben des Mundes und die dadurch erzweckte Möglichkeit, trotz des angelegten Respirators zu sprechen. — Dabei entfällt jedoch der Filtrationsprocess der Einathmungsluft von Seite der Nase, wenn bei forcirterer Athmung dieselbe durch den Mund geschieht.

CHIARI.

161) **Gluck. Ein phonetischer Apparat nach Kehlkopf-Operationen. (Phonetic apparatus after laryngeal operation.)** *N. Y. Medical News. 1. Septemb. 1900.*

Der Apparat besteht aus einem kleinen Metallkästchen, das durch Canülen mit der Trachea in Verbindung steht. Beim Sprechen hält Pat. dasselbe vor die Lippen und spricht darüber hinweg. So kommt ein dem normalen Sprachvorgang im umgekehrten Sinne analoger Vorgang zu Stande. Wir articuliren zuerst nur Formen, dann die Worte mit Lippen und Zunge; im vorliegenden Fall scheint die Wortbildung das Primäre zu sein und die Stimmgebung das Secundäre.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

162) **J. H. Musser. Schilddrüse und Kretinismus. (Thyroid in Cretinism.)** *N. Y. Medical News. 8. December 1900.*

Verf. berichtet über einige Fälle, die scheinbar auf dem Grenzgebiet des Kretinismus liegen. Viele der Fälle sind so mangelhaft ausgeprägt, dass dabei die Natur des Leidens übersehen werden kann. Geistige Defecte scheinen bei derartigen Patienten das hervorstechendste Symptom darzustellen. Das Schilddrüsenextract war in allen diesen Fällen sehr wirksam.

EMIL MAYER.

163) **Ulrich** (Kopenhagen). **Ueber Morbus Basedowii und Myxödem.** *Therap. Monatsh. 1900.*

U. schliesst aus mehreren selbst beobachteten Fällen, dass „die Symptome des Morb. Basedowii und des Myxödems häufig nebeneinander gefunden werden; dass Myxödem und mit ihm verwandte Krankheiten sowie auch mehrere oder einzelne ihrer Erscheinungen nicht selten bei Morb. Based. auftreten und umgekehrt Basedowphänomene bei Patienten mit Myxödem gelegentlich beobachtet werden und ausserdem bei Thyreoidisation der letzten nachgewiesen werden können; dass die für die einzelne Krankheit characteristischen Symptome beinahe alle in denselben oder ähnlichen Formen bei der anderen Erkrankung wieder gefunden werden können und dass schliesslich die Veränderungen der Gland. thyreoid. nicht einander entgegengesetzt sind, sondern dass sie eher so verwandt sind, dass die Kennzeichen der einen aus denen der anderen entwickelt werden müssen.“

A. ROSENBERG.

164) **Egis. Ein Fall von Myxödem bei einem Mädchen von $2^1/_2$ J. (Slutschai Mixedemi u diewotschki $2^1/_2$ liet.)** *Dietsk Med. 1900. p. 24.*

Die Behandlung mit Thyreoidin brachte erhebliche Besserung.

P. HELLAT.



165) **A. Pedenke. Fall von Myxödem. (Slutschai miksedemi.)** *Bolnit. gaz. 1900. No. 38.*

Bei einer 63jährigen Patientin wurden durch Schilddrüsenpräparate gute Erfolge erzielt.

P. HELLAT.

166) **G. P. van Trooyen** (Dortrecht). **Myxoedema congenitale.** *Medisch Weekblad. VII. No. 19.*

Demonstration eines 7jährigen Knaben, 99 cm lang, mit stupidem Gesichtsausdruck, breiter Nasenwurzel, dicker steifer Zunge, kurzem Hals, dicker trockner Haut, dickem Bauch, lordotischer Wirbelsäule, breiten, blauen, geschwollenen Füssen, welcher unter Thyreoidgebrauch sich besserte.

H. BURGER.

167) **Charles G. Cumston. Neubildungen der Schilddrüse. (Neoplasms of the thyroid Gland.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 27. December 1900.*

Verf. berichtet über 42 Fälle von Neoplasma der Schilddrüse, die er beobachtet hat. Darunter waren je ein Fall von Sarkom und Carcinom, 12 Fälle von Struma parenchymatosa, 14 Fälle von colloider Struma, 4 Fälle von Struma cystica, 7 Fälle von Adenom der Schilddrüse und 3 Fälle von Strumitis. Von diesen Fällen wurden 31 von Prof. Kummer, der Rest vom Verf. operirt.

EMIL MAYER.

168) **J. Collins Warren. Operative Behandlung der Struma. (Operative treatment of goitre.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 27. December 1900.*

Die operative Behandlung scheint indicirt bei schnell wachsenden Schilddrüsentumoren, bei welchen die innerliche Behandlung wirkungslos ist. Bei Compressionserscheinungen wird die Operation dringend.

Bei Basedow'scher Krankheit sind die operativen Resultate des Verf.'s nicht ermuthigend, dagegen hat er hier von innerlicher Darreichung des Schilddrüsenextractes einigen Erfolg gesehen.

EMIL MAYER.

169) **Lincoln Davis. Statistisches über operative Behandlung der Schilddrüsentumoren. (Statistics of operative treatment of thyroid tumor.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 27. December 1900.*

Statistische Zusammenstellungen mit besonderer Berücksichtigung des Recidivs nach Schilddrüsenoperationen.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

170) **Albion Walter Hewlett. Die oberflächlichen Drüsen des Oesophagus. (The superficial glands of the Oesophagus.)** *Journal of experimental Medicine. 15. Januar 1901.*

Diese oberflächlichen Drüsen sind vollkommen verschieden von den submucösen Drüsen und kommen hauptsächlich an 2 Stellen im Oesophagus vor: in seiner oberen Hälfte und am Uebergang des Oesophagus in den Magen. Diese letzteren „Cardiadrüsen“ finden sich aber nur an einer kleinen Strecke gegen den Magen hin, und die typischen Fundusdrüsen treten bald an ihre Stelle.

Diese Drüsen haben tubulären Typus, sind auffallend stark gewunden und

zeigen cystenähnliche Stellen. Ihre morphologische Bedeutung ist unklar. Interessanter Weise besitzen sie Wandzellen, wie sie bisher als characteristisch für für Magendrüsen angesehen worden sind. Verf. hält Erweiterungen dieser cystisch angelegten Drüsen für den Ausgangspunkt der Pulsionsdivertikel, die seiner Ansicht nach nicht auf verringerte Widerstandsfähigkeit an einer Stelle der Speiseröhre zurückzuführen sind.

Den Zusammenhang zwischen oberflächlichen Drüsen mit Carcinom bestreitet Verf. auf Grund seiner eigenen Beobachtungen. EMIL MAYER.

171) **Colleville. Congenitale Missbildung des Oesophagus. (Malformation congénitale de l'oesophage.)** *Union médicale du Nord-Est. 30. Januar 1901.*

Es handelt sich hier um eine Anomalie des Oesophagus, bestehend in einer Communication mit der Trachea, bei einem Kinde, das auch die kleinsten Mengen Milch, die es hinunterschlucken wollte, wieder unter Erstickungssymptomen erbrach. Es starb nach 4 Tagen an Inanition. PAUL RAUGÉ.

172) **Nathan Raw. Membranöse Oesophagitis. Ausstossung eines vollständigen Abgusses des Oesophagus. (Membranous Oesophagitis. Expulsion of a complete cast of the Oesophagus.)** *Lancet. 5. Januar 1901. N. Y. Medical Journal. 19. Januar 1901.*

Es handelt sich um einen 40jährigen Potator, der seit 6 Monaten zunehmende Schluckbeschwerden verspürte. Nach einem schweren Hustenanfall brachte er einen completen Abguss des Oesophagus von $8^1/_2$ mm Länge zu Tage. Nach wenigen Tagen trat wieder zunehmende Verengung des Oesophagus ein, und es wurde die Gastrostomie ausgeführt. Auch die Schleimhaut des Magens wurde dabei stark betheiligt gefunden. Patient starb nach 6 Wochen.

ADOLPH BRONNER.

173) **Georg W. King. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in he Oesophagus.)** *Denver Medical Times. Juni 1901.*

Ein Kind hatte ein Zinnpfeifchen verschluckt, dessen Sitz im Oesophagus mittelst Röntgenstrahlen festgestellt werden konnte. Der Fremdkörper wurde durch Operation von aussen her erfolgreich entfernt. EMIL MAYER.

174) **Pierre Sebileau. Fremdkörper des Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 20. November 1900.*

S. demonstrirte einen Sou, der durch Oesophagotomia externa aus der Speiseröhre eines 3jährigen Kindes entfernt worden war, und zugleich ein Radiogramm der Hals- und Nackengegend, das sehr deutlich den Fremdkörper sehen liess. PAUL RAUGÉ.

175) **P. Laurees** et **Dionis du Séjour. Fremdkörper im Oesophagus. (Corps étrangers de l'oesophage.)** *Société anatomique. 21. December 1900.*

2 Fälle aus der Abtheilung von Bourneville; im ersten Falle handelte es sich um ein Knochenfragment, das hinter dem Ringknorpel sass und die Wand der Speiseröhre perforirte, im zweiten Fall perforirte ein Knochenstück den Oesophagus mit 2 Spitzen und verursachte Blutbrechen. PAUL RAUGÉ.

176) **Quadflieg. Entfernung eines künstlichen Gebisses durch Gastrotomie aus dem Oesophagus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1901.*

Der Titel besagt den Inhalt der Arbeit. SCHECH.

177) **A. File-Bonazzola. Ueber einen sehr seltenen Fall von completem Speiseröhrenverschluss. (Concerning a very rare case of complete occlusion of the Oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Ein Kind wurde mit vollständigem Oesophagusverschluss in das Krankenhaus gebracht, war aber zu schwach, als dass man noch irgend einen operativen Eingriff hätte unternehmen können und starb in der folgenden Nacht. Bei der Autopsie fand sich ein Oesophagusdivertikel, das wahrscheinlich von einem Ulcus in Folge von Laugenvergiftung seinen Ausgang genommen hatte. Eine frühzeitige Oesophagotomie würde das Kind wohl gerettet haben. LEFFERTS.

178) **Férouelle. Ulcus des Oesophagus. (Ulcère de l'oesophage.)** *Société anatomique. 7. December 1900.*

Es handelt sich dabei um ein Ulcus simplex der Portio inferior der Speiseröhre in der Höhe des Diaphragmas, welches die Oesophaguswand perforirt und eine generalisirte Peritonitis hervorgerufen hatte mit Durchbruch nach der Pleurahöhle. EAUL RAUGÉ.

179) **Gauthier** (Lyon). **Tuberculose der Speiseröhre. (Oesophage tuberculeux.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 30. Januar 1901.*

Patient bot gleichzeitig Anzeichen von Lungentuberculose und Oesophagusstenose. Während des Lebens diagnosticirte man Oesophaguscarcinom in secundärem Anschluss an Lungentuberculose, eine Complication, die ja häufig vorkommt. Bei der Obduction stellte sich heraus, dass man es mit einer tuberculösen Stenose des Oesophagus zu thun hatte. Es handelte sich um eine fibröse Form mit Verdickung der Wandungen vornehmlich der Submucosa. Tuberculöse Oesophagusstenose ist sehr selten. PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Richard Lake. Larynxphthise. (Laryngeal phthisis or consumption of the throat.)** London. Rebman. 1901.

In dem vorliegenden Werkchen hat der Verf. seine an mehr als 300 Fällen gesammelte Erfahrung niedergelegt. Die kritische Würdigung der zahlreichen Einzelfälle in Bezug auf ihr klinisches Verhalten und auf ihre therapeutischen Resultate haben zur Aufstellung eines gewissen Regulativs geführt, das von Aerzten, denen eine umfassende Erfahrung auf diesem Gebiet nicht zur Verfügung steht, mit Dank acceptirt werden dürfte. Die Nase scheint als Eingangspforte für die Tuberculose nach Lake's Untersuchungen keine wesentliche Rolle zu spielen. Die primäre Larynxphthise wird anerkannt. Die subjective und objective Symptomatologie ist in kurzer, aber erschöpfender Weise dargestellt und manches, was

in ausführlicheren Büchern übersehen oder falsch gedeutet zu werden pflegt, findet hier seine richtige Würdigung, so die kleinen gelben Punkte in der infiltrirten Schleimhaut des Kehlkopfeinganges, die keine Miliartuberkel darstellen, so die Internusparese im ersten Stadium der Tuberculose. Bei der Besprechung der Therapie könnte vielleicht der Einfluss des allgemeinen Regimes noch stärker hervorgehoben werden. Die medicamentöse Behandlung umfasst die Besprechung aller möglichen Droguen; eine grössere Anzahl derselben hat der Verf. selbst versucht. Die operative Behandlung wird eingeleitet mit der Bemerkung, dass die Discussion über diese Frage noch nicht zu Ende gekommen ist und wohl auch in nächster Zeit noch nicht zu Ende kommen wird. Das ist richtig, und doch sind die Differenzen zwischen den Ansichten der einzelnen Autoren, die über einige Erfahrung auf diesem Gebiete und das nothwendige Maass von Kritik gebieten, nicht mehr sehr gross. Die Anschauungen Lake's werden ungefähr den Mittelweg repräsentiren; ich sage ungefähr, weil ich glaube, dass die grössere Anzahl der Collegen vielleicht noch ein klein wenig weniger activ sein dürfte als Lake es zu sein scheint. — Diejenigen Collegen, welche jeden chirurgischen Eingriff bei der Larynxphthise principiell verwerfen, sind wohl nicht mehr häufig, und die Heisssporne, die die Grenzen der chirurgischen Behandlung wesentlich weiter stecken, zeigen bei jeder ihrer Publicationen, dass es ihnen an der nothwendigen Kritik fehlt, und kann man ihre Methode leider auch nicht polizeilich verbieten, von der Wissenschaft ist sie längst gerichtet. Bei dem Instrumentarium verdiente die Landgraf'sche Curette wegen ihrer Leistungsfähigkeit und ihres besonderen Constructionsprincips entschiedene Erwähnung. Die Prognose und die Pathologie der Erkrankung werden in sachgemässer Weise abgehandelt. Einige Krankengeschichten und eine Zahl von bunten, theilweise in der Farbe recht gut getroffenen Abbildungen sowie eine Tabelle über 329 Fälle unterstützen das geschickt geschriebene Büchlein, dem wir von ganzem Herzen und mit gutem Gewissen einen guten Erfolg wünschen. Arthur Kuttner (Berlin).

b) **Suchannek** (Zürich). **Ueber Tuberkulome der oberen Luftwege.** Halle a. S. Carl Machold. 1902.

Die umfassende Abhandlung Suchannek's über Tuberkulome beginnt mit einer Reclamation gegen die zur Zeit allgemein übliche Benennung, die das fragliche Gebilde in die Reihe der Geschwülste stellt, während er thatsächlich dort nur eine besondere Form der tuberkulösen Entzündung darstellt. Aetiologisch und auch klinisch ist der Autor geneigt, die Tuberkulome mit dem Lupus zusammen zu thun. An der Hand sorgsamer eigener Krankenberichte, die durch eine gründliche Verwerthung der einschlägigen Literarurangaben unterstützt werden, wird die Entstehung, der klinische Verlauf und die histologische Beschaffenheit der Tuberkulome erörtert. Eine Art von Selbstheilung sieht S. in der Bildung bindegewebiger Schwielen, die er oft in derartigen Tumoren gefunden hat. Bei der Besprechung der Differentialdiagnose der Nasentuberkulome sind zwar die Gummata, nicht aber die von diesen wohl zu unterscheidenden Syphilome der Nase vorgeführt, die unter Umständen nicht ganz leicht von den Tuberkulomen zu unterscheiden sein dürften. Therapeutisch kommen in Nase und Kehlkopf nur

chirurgische Maassnahmen in Betracht. Verfasser schildert die Methoden, die er zu benutzen pflegt. Den Schluss der sehr lesenswerthen Abhandlung bildet eine Literaturübersicht, die nicht weniger als 127 Nummern umfasst.

Arthur Kuttner (Berlin).

c) H. J. H. Schousboe. **Von Bakterien in der normalen Nasenhöhle und der bakterientödtenden Fähigkeit des Nasensecrets. 1901.** Dissertation. **(Om Bakterier i dew normale Nasehule og Nasesekretets bakteriedräbende Egenskab.)** Afhandlung for Doktorgraden. Milo's Boghandel, Odense (Danemark). 1901.

In der Einleitung dieser experimentellen Arbeit erwähnt der Verf. die Bedeutung der Nase als Respirationsorgan und lenkt besonders die Aufmerksamkeit darauf, dass die Nase als ein Filter für die Inspirationsluft dient, indem sie die corpusculären Elemente zurückhält. Unter diese gehören auch die Bacterien, welche dem Organismus mit der Inspirationsluft in reichlichem Maass zugeführt werden; und dass diese wenigstens zum grössten Theil in der Nase abgelagert werden, ist von Wright und von St. Clair Thomson und Hewlett direct bewiesen worden.

Im ersten Abschnitt der Abhandlung wird die Bakterienflora der normalen Nasenhöhle besprochen. Unter den Untersuchern, die früher diese Frage studirt haben, herrscht grosse Uneinigkeit, indem die meisten von ihnen behaupten, dass die Nasenhöhle eine grosse Menge von verschiedenen Bakterien behause, und darunter viele pathogene, während andere — besonders St. Clair Thomson und Hewlett — angeben, dass die Nasenhöhle so wenig Bakterien enthält, dass dieselbe fast als steril zu bezeichnen sei.

Der Verfasser macht seine Untersuchungen, indem er mit der Platinöse vom Cavum nasi proprium Schleim herausnimmt und diesen auf Agar und Serum aussät. Er beachtete genau, dass die Impfnadel während ihres Passirens durch das Vestibulum nasi nicht inficirt wurde. Die zu untersuchenden Individuen wurden sorgfältig ausgewählt, und nur solche wurden untersucht, welche normale Nasenschleimhaut hatten und von Leiden in den benachbarten Organen frei waren. Im Ganzen wurden 40 Individuen in verschiedenen Lebensstellungen, von beiden Geschlechtern und in allen Altern untersucht. Bei 32 von ihnen waren die Culturen steril oder enthielten nur ganz wenig Colonien, während bei 8 so reichlicher Wuchs erzielt wurde, dass anzunehmen war, derselbe rühre von Bakterien her, die sich auf der Schleimhaut vermehrt hatten. Durch nähere Analyse ergab sich, dass der Pseudodiphtheriebacillus 7mal, Staphylococcus pyog. alb. 4mal, Micrococcus albus 1mal, Sarcina lutea 1mal gefunden wurden, und nur 1mal fand sich eine pathogene Bakterie, nämlich Staphylococcus pyog. aur. In der Hälfte von diesen 8 Fällen wurden nach Verlauf von ungefähr einer Woche wiederholt Untersuchungen gemacht, welche zeigten, dass die Nasenhöhle jetzt steril war oder nur sehr wenig Bakterien enthielt, und es scheint demnach, dass die Bakterieninvasion ganz vorübergehend gewesen war.

Der Verfasser vertritt nun die Ansicht, dass die normale Nasenhöhle in der Regel nur sehr wenig Bakterien und nur ausnahmsweise pathogene Bakterien

enthält. Die mit der Inspirationsluft importirten Keime finden dann keinen günstigen Nährboden, wie früher am gewöhnlichsten angenommen, sondern gehen im Gegentheil schnell zu Grunde.

Im zweiten Abschnitt der Abhandlung erwähnt der Verfasser die Ansichten der früheren Untersucher über den Grund des Absterbens der Bakterien auf der Nasenschleimhaut. Besonders richtet er seine Aufmerksamkeit auf die bakterientödtende Fähigkeit des Nasensekrets. Er macht eine Reihe von Untersuchungen, indem er Nasensekret in vitro aufsammelt, es durch Erwärmen bis 54° C. in einer Stunde einige Tage nach einander sterilisirt und es mit einer frischen Reincultur von einer bekannten Bakterie besät, wonach er durch wiederholt regelmässiges Plattenausbreiten untersucht, wie die betreffende Bakterie sich im Sekrete verhält. Er findet, dass das Sekret auf Bac. anthracis, Staphylococcus pyog. alb., Streptococcus pyogenes, Diplococcus pneumoniae und Bac. diphtheriae eine deutlich tödtliche Wirkung ausübt, während andere, wie der Bac. pneumoniae (Friedländer) und Bac. pseudo-diphtheriae, keine so deutlich auf sich einwirken lassen, und wieder andere, wie Prodigiosus, Pyocyaneus, Bac. typhi abdom., Bac. coli, Proteus und Staphyloc. pyog. aur., sich im Sekret zu vermehren vermögen, freilich nach einer vorübergehenden Minderung ihrer Anzahl. Die Erwärmung des Sekrets bis 70° C. hob die bakterienvernichtende Fähigkeit desselben vollständig auf.

Indem der Verfasser bemerkt, dass man nicht erwarten darf, durch grobe Reagensglasversuche den auf der lebendigen Schleimhaut vor sich gehenden Process vollständig nachahmen zu können, spricht er die Ansicht aus, dass die erwähnten Versuche auf eine wirklich bakterientödtende Thätigkeit des Nasensekrets hindeuten.

Die Arbeit ist sehr klar und logisch geschrieben. E. Schmiegelow.

---

d) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Jahresversammlung vom 4. Januar 1901.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Die Wahl des Vorstandes gestaltete sich folgendermaassen:

Vorsitzender: E. Creswell Baber.
Stellvertretende Vorsitzende: A. Bowlby, E. Law, Greville, Macdonald.
Schatzmeister: Clifford Beale.
Bibliothekar: Dundas Grant.
Council: F. de Havilland Hall, Herbert Tilley, Barclay Baron, William Hill, Felix Semon, Lambert Lack.
Secretär: Ernest Waggett und Charles E. Parker.

Es wurden zunächst die Berichte der verschiedenen Comités verlesen, die die Lage der Gesellschaft in recht günstigem Lichte erscheinen liessen. Auf Vorschlag des Vorstandes wurde in einer besonderen Generalversammlung folgender Beschluss gefasst: „Es ist wünschenswerth, dass auf allen internationalen

Congressen gesonderte Sitzungen der laryngologischen und otologischen Sectionen statthaben".

Klonischer Krampf des Gaumens, des Pharynx und des Larynx bei einer 30jährigen Frau.

Sir Felix Semon: Dieser Fall ist bereits vor Kurzem in der neurologischen Gesellschaft von Dr. Risien Rusell demonstrirt worden. Patientin klagte über Schmerzen im Abdomen. Vor etwa 15 Monaten bemerkte sie ein klopfendes Geräusch in ihrem Halse, welches durch verticale klonische Bewegungen des Gaumensegels hervorgerufen wurde, etwa 4mal in der Secunde. Aehnliche Bewegungen wurden am Mundboden, im Larynx und der Epiglottis beobachtet, während die Aryknorpel sich rythmisch gegen die Mittellinie zu bewegten. Während der Phonation hörten die Bewegungen auf, liessen sich jedoch während des Schlafes feststellen. Sonst war keinerlei Störung des Nervensystems zu beobachten, abgesehen von einer geistigen Depression und Hallucinationen über „ein gewisses Etwas neben ihr".

Lambert Lack machte auf seine Mittheilung über pharyngealen Nystagmus und Begleiterscheinungen in Pharynx und Larynx (Laryngoscope, Juni 1898) aufmerksam, wo er ein ähnliches Bild beschreibt. Die Analysen der Fälle veranlassen ihn, sie in 2 Categorien mitzutheilen: 1. Schwere und ausgedehnte Fälle in Folge grober Läsionen des Centralnervensystemes. 2. Leichtere Fälle reflectorischen Ursprungs in Folge leichter localen Störungen, wie Postnasal-Katarrh, Pharyngitis sicca etc.

Herbert Tilley berichtet von einem Fall bei einer Erwachsenen, in welchem die linke Seite des Pharynx auf diese Weise befallen war; hier lag wahrscheinlich beginnende allgemeine Paralyse zu Grunde.

Watson Williams ist der Ansicht, dass klonischer pharyngealer Spasmus bei allgemeiner Paralyse nicht selten ist.

Clifford Beale bemerkt, dass in dem demonstrirten Fall der Spasmus zunimmt, wenn die Kranke ihre Aufmerksamkeit auf Phonation oder Respiration richtet.

Scanes Spicer findet, dass das Zucken beim Auseinandergehen der Aryknorpel entsteht und fortdauert, wenn das Gaumensegel fest gegen die hintere Pharynxwand angelegt wird.

Chronische Stirnhöhleneiterung und ihre Behandlung durch Kuhnt's Radicaloperation.

Herbert Tilley: Ein erfolgreich behandelter Fall bei einer 46jährigen Frau, bei der seit der Operation kein Eiter mehr gesehen worden ist.

Fall von geheilter Maxillar-, Ethmoidal- und Frontalhöhlenentzündung.

S. Clair Thomson: Ein Fall, in welchem sich die Stirnhöhle 3 Monate nach der Eröffnung durch Granulationen schloss. Es trat weder Recidiv noch irgend eine merkliche Formveränderung ein.

Sir Felix Semon sprach über Platten aus Metall, Elfenbein u. dergl., die zur Verhütung von Deformitäten eingesetzt werden könnten.

Watson Williams betonte die Gefahr der Osteomyelitis nach Operation.

Creswell Baber berichtete von günstigen Resultaten mit der Kuhnt'schen Methode.

Scanes Spicer ist der Ansicht, dass bei manchen dieser Fälle eine Operation von aussen durch gründliche Entfernung der vorderen Siebbeinzellen vermieden werden könne.

Tilley hält dle Kuhnt'sche Operation nur bei schweren Fällen für wünschenswerth.

Epitheliom der Tonsillen und Halsdrüsen. Operation. Heilung.

Lambert Lack: Ein Fall von ulcerirtem Epitheliom (durch mikroskopische Untersuchung vor der Operation sichergestellt), welches die rechte Tonsille, die hintern Gaumenbögen und die seitliche Wand des Pharynx bis auf $^1/_4$ Zoll an die Zunge heran einnimmt. Das Ulcus war so gross wie ein Guldenstück und hatte harte, gewulstete Ränder. Es handelte sich um einen 50jährigen Mann. Die Operation bestand in: 1. Incision entlang dem vorderen Rand des Sternocleidomastoideus. Entfernung der vergrösserten Drüsen. Ligatur der Art. carotis externa und einiger Aeste derselben. Gazepackung zwischen Gefässen und Pharynx. 2. Einlegen der Hahn'schen Tracheotomiecanüle. 3) Spaltung der Wange vom Mundwinkel bis zum Kieferast. Einlegen eines grossen Schwammes in den Larynx. 4. Nach Entfernung von Gaumenbögen und Geschwulst mit dem Finger trennt eine dünne Fascienschicht innere und äussere Wunden. Keine nennenswerthe Blutung. Ungestörte Heilung. Besonders wurde Werth darauf gelegt, dass die innere und die äussere Wunde getrennt gehalten wurden. Die beträchtliche Vergrösserung der tiefen Halsdrüsen konnten vor der Operation nicht ermittelt werden.

Bilaterale Verwachsungen der Fauces.

Henry J. Davis: In dem vorgestellten Falle waren congenitale Missbildungen mit Narbenbildung in Folge skarlatinöser Ulcerationen vergesellschaftet. Bei der Discussion über die Aetiologie des vorliegenden Falles gingen die Meinungen bezüglich des congenitalen Momentes weit auseinander.

Schilddrüsenschwellung durch Jodkalium geheilt.

H. J. Davis: Es handelte sich um eine junge Frau, bei welcher eine seit 8 Jahren bestehende Struma rapid zu wachsen anfing bei gleichzeitiger Pulsation des Tumors, rapider Dyspnoe und Stridor. Leichte Proptose. Es wurde an Operation gedacht, vorher aber eine Jodcur eingeleitet, die schnelle Besserung brachte. Später trat noch einmal eine Schwellung ein, ging aber auf gleiche Behandlung schnell zurück.

Spencer betont, dass temporäres Zurückgehen mit zeitweiligem Recidiv dabei nichts Seltenes sei.

St. Clair Thomson bemerkt, dass Kocher nur operative Behandlung anerkennt.

Fitzgerald Powell hat vornehmlich bei jungen Frauen Fälle beobachtet, bei welchen auf den Gebrauch von Jod und Eisen eine Rückbildung erfolgte.

Bennett hat Fälle mit dauerndem Heilerfolg nach dieser Behandlung gesehen.

Ball hat schon vor Jahren ähnliche Beobachtungen gemacht, später sich jedoch in einigen Fällen jeder besonderen Behandlung ganz enthalten und trotzdem gleichgünstige Resultate gehabt.

Donelan ist der Ansicht, dass der günstige Effect, welcher zuweilen innerlicher Behandlung folgte, oft mit nachträglichem vermehrtem Wachsthum der Geschwulst einhergeht.

Sir Felix Semon constatirt, dass die weichen echten parenchymatösen Strumen besonders bei jungen Mädchen sehr günstig auf Jodbehandlung reagiren. Er hat eine beträchtliche Reihe von Dauerheilungen gesehen.

Scanes Spicer ist der Ansicht, dass viele von diesen Strumen entzündlicher Natur sind, mit Schmerzen und Temperatursteigerung einhergehen, und auch spontan zurückgehen.

Bronner hat Controlfälle bei Jodothyrinbehandlung gesehen, die von Jodkalium unbeeinflusst blieben.

Watson Williams berichtet von einem Fall, der viele Jahre nach der Jodbehandlung ganz frei von Schwellung blieb.

Der Vorsitzende, sowie Sir Felix Semon erwähnten plötzliche Todesfälle nach dem alten Verfahren der Jodinjection in die Struma.

Schwellung von linker Wange und Augenlid.

H. J. Davis: Die Erkrankung besteht schon seit einigen Jahren bei einer jungen Frau. Aetiologischer Factor dafür nicht bekannt.

Bronner erwähnt, dass diese unilateralen Fälle bei jungen Weibern häufig sind.

Scanes Spicer hat derartige Zustände bei vorderer Siebbeinerkrankung gesehen.

Watson Williams betrachtet sie als Fälle von recidivirendem Erysipel.

de Santi hat solche Fälle nach Moskitostichen gesehen.

Davis beobachtete Zurückgehen derartiger Zustände nach Anwendung von Jodpräparaten.

Recidivirendes Angiofibrom der Taschenbänder und Stimmbänder.

Furniss Potter: Bei einem 42jähr. Mann, der seit 18 Monaten unter Beobachtung steht, sind bereits wiederholt Geschwulstpartikel entfernt worden. Das Comité für Untersuchung krankhafter Geschwülste, dem sie vorgelegt wurden, erklärte sie für Angiofibrom. Es traten wiederholt Recidive ein, und die Erkrankung vornehmlich des rechten Stimmbands und vornehmlich der Taschenbänder machte Fortschritte.

Clifford Beale macht auf die vorhandene freie Beweglichkeit der Stimmbänder aufmerksam.

Sir Felix Semon ist der Ansicht, dass die Beweglichkeit der Stimmbänder keinen absoluten Gegenbeweis gegen Malignität darstellt, da die Beweglichkeit durchaus von dem Grad der Infiltration der unterliegenden Gewebe ab-

hängt; daher kann die Bewegungsstörung sogar bei ausgedehntem Oberflächencarcinom ganz gering sein oder selbst ganz fehlen.

Recidivirende Nasenpolypen.

de Santi demonstrirt einen Fall, bei welchem trotz vollständiger Entfernung der Polypen in Narcose, Recidiv eingetreten war.

Herbert Tilley fand, dass stärkere Eiterabsonderung auf das Einführen einer Sonde in die Stirnhöhle folgte und ist der Ansicht, dass man bei eitriger Entzündung der Nebenhöhlen ohne Behandlung kein gutes Resultat erwarten kann.

Geschwulst am rechten Stimmband bei einem 35jährigen Manne.

Kelson demonstrirt einen Fall von Papillom.

Lupus des Pharynx demonstrirt Lake an einem sehr ausgeprägten Falle.

Doppelseitige Abductorenlähmung.

J. B. Ball demonstrirt einen 24jährigen Mann mit bilateraler Abductorenlähmung, Obliquität der Glottis und Asymmetrie der Stimmbänder. Die Anamnese weist auf congenitalen oder infantilen Ursprung. Schon in der Kindheit bestanden erhebliche Athembeschwerden mit begleitendem Stridor. Es fand sich kein Hinweis auf irgend ein bestehendes Allgemeinleiden.

Spencer ist der Meinung, dass die Beweglichkeit des linken Stimmbandes noch einigermaassen erhalten ist, und bespricht die Frage der Tracheotomie.

Watson Williams glaubt, dass das rechte Stimmband in Folge alter entzündlicher Processe fast völlig fixirt ist, während die linksseitige Abductorenparalyse durch frischere Processe veranlasst worden ist.

Die erhebliche Pulsbeschleunigung von 96 in der Minute deutet auf bulbäre Läsion.

Sir Felix Semon hat vor vielen Jahren als Regel festgelegt, dass alle Fälle von doppelseitiger Abductorenlähmung der Vorsicht halber tracheotomirt werden sollen, sobald die Lähmung hochgradig entwickelt ist. Seither hat er jedoch einige schwere Fälle beobachtet, die ungestraft viele Jahre hindurch ohne Tracheotomie existirten. Deshalb ist er von seiner früheren strengen Forderung etwas zurückgekommen. Andererseits ist eine Zahl von solchen Fällen berichtet worden, in denen plötzliche Asphyxie erfolgte.

Daher macht er es nunmehr zur Regel, seinen Patienten den Sachverhalt klar zu machen und ihnen die Entscheidung anheimzustellen.

Bronner empfiehlt den Gebrauch von weiten Intubationsröhren in derartigen Fällen. Die Tuben sollen täglich mehrere Stunden, wenn möglich sogar andauernd, während einiger Wochen getragen werden. Dadurch wird in vielen Fällen die Dyspnoe dauernd beseitigt.

Der Vorsitzende berichtet von einem Fall von tödtlicher Laryngitis bei einem Patienten mit doppelseitiger Lähmung.

Präparat eines cystischen Dermoids.

Fitzgerald Powell: Bei einem 16jährigen Mädchen war die Cyste vom Mundboden entfernt worden.

Sitzung vom 1. Februar 1901.

Vorsitzender: E. Creswell Baber.

Fall von Nasenpolyp mit deutlicher Deformität.

Donelan demonstrirt einen alten Fall von Nasenpolypen mit Betheiligung der Nasenknochen. Es wurde ein ausgedehntes Curettement der Siebbeinregion vorgenommen; trotzdem war schon wieder ein beginnendes Recidiv zu constatiren.

Der Vorsitzende befürwortet die Untersuchung der Nebenhöhlen vor Ausführung der Operation.

Tilley stimmt dem bei.

Hill, Dundas Grant, Powell und Winrace sprechen sich vornehmlich über die ausgesprochene vorliegende Deformität aus und Bronner betont, dass man vernachlässigte Fälle besonders häufig auf dem Lande zu Gesicht bekommt, wobei gewöhnlich eine Verbreiterung der Gesichtszüge ausgesprochen ist. Diese Deformität verschwindet der Regel nach ein oder zwei Jahre nach Beseitigung der Polypen.

Thomson hat in einem Fall von symmetrischer Difformität mit Verbreiterung der Nasenknochen die Polypen auf einer Seite entfernt und schon wenige Tage später einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Gesichtsseiten vermerkt.

Tödtlicher Fall von Basedow'scher Krankheit.

Donelan: Es handelt sich um ein 16jähriges Mädchen, bei welchem sich die ersten Symptome etwa 15 Monate vor dem Tode einstellten. Die Anzeichen eines Morbus Basedow waren wohl ausgeprägt und endeten mit nervösem Erbrechen, Coma und Herztod. Im letzten Stadium der Erkrankung wurden Belladonna und Digitalis verabreicht.

Bei der Obduction fanden sich Hirn und Kleinhirn deutlich congestionirt. Die Glandula pinealis war erheblich vergrössert. Keinerlei mikroskopische Veränderungen dieser Organe. Atrophie des Halssympathicus. Die erheblich vergrösserte Schilddrüse enthält spärliche Cysten. Die persistente Thymusdrüse gleichfalls erheblich vergrössert. Mangelhafte Entwickelung des Uterus und Mangel von Corpora lutea in den Ovarien.

Persistenz der Thymusdrüse wird fast in allen tödtlichen Fällen berichtet, in welchen man danach gesucht hat und auch hier wurde sie beobachtet. Die Persistenz der Thymus, eines Organes, das mit der Entwickelung der Schilddrüse verschwinden sollte, deutet auf einen abnormen Zustand in der Kindheit oder gar im Uterinleben. Könnte nicht auch die Persistenz dieses Organes von Einfluss sein auf das Nervensystem und die Schilddrüse, derart, dass dadurch die in Rede stehende Krankheit hervorgerufen wird?

Präparat von Schleimhautflecken auf den Tonsillen.

Wyatt Wingrave: Das mikroskopische Präparat zeigt beträchtliche Verdickung der Epitheloberfläche mit allen Stadien der Nekrose von der einfachen

trüben Schwellung an bis zur ausgeprägten Vacuolenbildung und Gewebszerstörung. Die Kerne sind in Granula zerfallen, während das Protoplasma durchsichtig und flüssig geblieben ist, die eingewanderten Leukocyten sind spärlich und polynucleär.

Scharfe Trephine zur Operation von Stacheln und Verbiegungen des Septums.

Bronner: Die Trephine mit glatter Schneide wird in Verbindung mit dem Spiess'schen Nasenspeculum angewandt und durch Elektromotor in Betrieb gesetzt. Die Entfernung von Knorpelgewebe wird auf diese Weise sehr schnell und schmerzlos ausgeführt. Auf Befragen erwähnt Vortr., dass das Instrument bei Verwendung eines kräftigen Motors tadellos functionirt.

Andere Autoren verwandten sich für den Gebrauch der Säge.

Angeborene symmetrische Spalte in beiden vorderen Gaumenbögen mit völligem Mangel der Tonsillen.

Sir Felix Semon berichtete im Anschluss an die vorige Sitzung über einen Fall bei einem 11jährigen Mädchen, das einen grossen elliptischen Spalt durch die ganze Länge des vorderen Gaumenbogens auf beiden Seiten aufwies. Irgend ein Anhaltspunkt für die Annahme einer voraufgehenden Ulceration fehlte durchaus.

Die Tonsillen fehlten vollkommen und unter etwa 20 Fällen, die seit 1884 berichtet worden sind, fand er mehrere ähnliche Fälle von Tonsillenmangel. Er hält die Anomalie für einen Entwickelungsfehler.

St. Clair Thomson tritt dafür ein, dass man mit der Bezeichnung „congenital“ zurückhalten soll, bis man ein Beispiel davon bei ganz jungen Individuen gefunden hat.

Seröse Cyste der unteren Muschel und des Nasenbodens.

H. J. Davis: Es handelt sich um eine 25jährige Frau, die seit einigen Jahren an Nasenverstopfung leidet. Der vordere Raum der Nase war erfüllt von einer taubeneigrossen Cyste, die bei der Punction völlig zusammensank, aus der sich grünliche Flüssigkeit entleerte, und die sich nicht wieder anfüllte.

Mac Bride hat derartige Cysten beschrieben und neigt dazu, sie als Retentionscysten aufzufassen.

Ein Fall von Mucocele der Stirnhöhle.

Lambert Lack: Eine Mucocele der Stirnhöhle bei einem Knaben, die beständig seit 4 Jahren wuchs und Druckerscheinungen auf die Nachbarschaft ausübte. Bei der Operation fand sich ein enorm dilatirter Sinus auf der linken Seite, der sich nach hinten und innen hinter den rechten Sinus erstreckte und abwärts nach dem Infundibulum; der Ausgang auf der rechten Seite war durch die dilatirte linke Höhle verlegt. Die Operation wurde hier ausgeführt und freie Communication mit der Nase geschaffen. Die Stirnhöhle secernirte von jetzt ab Eiter und es wurde entsprechende Behandlung eingeleitet.

Tilley befürwortet ausgedehntere Entfernung des Knochens.

Mac Bride betonte die Unmöglichkeit der Kuhnt'schen Methode in einem Fall, wo wie hier der Sinus sich bis hinter die Orbita erstreckte.

Tilley ist der Ansicht, dass sich dieser Recessus mit Granulationsgewebe ausfüllen werde.

Der Vorsitzende drängt auf Ausführung der Kuhnt'schen Operation, mit der er in einem Fall Glück hatte.

Hartnäckiges Recidiv eines Nasenpolypen mit Eiterung in Stirn- und Siebbeinhöhlen. Operationsresultat.

Lambert Lack brachte den Fall als Gegenstück zu dem von de Santi in der vorigen Sitzung demonstrirten. Es handelte sich um einen Fall von recidivirenden Polypen mit profuser Sinuseiterung. Die Nase war vor 2 Jahren ausgeschabt worden, aber der Ausfluss hörte nicht auf, bevor nicht die Operation an beiden Stirnhöhlen ausgeführt worden war, bestehend in Entfernung der vorderen Wand und des Bodens der Höhlen.

St. Clair Thomson ist der Ansicht, dass man hier nicht von Heilung sprechen kann, da noch Eiter secernirt wird und tägliche Spülungen erforderlich sind.

Tilley meint, dass die Spuren secernirten Eiters einer oder zwei Siebbeinzellen entstammen und das Wohlbefinden des Patienten nicht weiter beeinträchtigen.

Betreffs der Frage über den Werth der Operation von aussen her bei Stirnhöhlenerkrankungen ist er der Ansicht, dass da, wo keine hervorstechenden Symptome bestehen, die Entscheidung dem Patienten überlassen werden kann.

Sir Felix Semon erinnert zu der von Tilley angeregten Frage an die grosse Zahl Stirnhöhlenerkrankungen, welche in früheren Zeiten auch ohne ausgedehnte Radicaloperation zur Heilung kamen.

Ohne Zweifel giebt es einige Fälle in welchen starke Kopfschmerzen, Coma, meningitische Erscheinungen dadurch entstehen, dass die Ursache verkannt wird und Radicalbehandlung versäumt worden ist. Aber wie selten sind solche Fälle! Welche Gewähr für eine völlige und dauernde Heilung geben endlich, wie die in der Gesellschaft vorgestellten Fälle zeigen, diese Radicaloperationen? Man soll ernsthaft überlegen, ob die Wahrnehmung, dass ein wenig Eiter, der aus der Stirnhöhle kommt, in jedem Fall Radicaloperation verlangt.

Fitzgerald Powell bespricht einen Fall der durch weniger eingreifende Maassnahmen günstig beeinflusst worden ist.

Donelan berichtet von einer Spontanheilung.

Lambert Lack empfiehlt die Operation für Fälle wo ernste Symptome vorliegen. In erster Linie zieht er immer intranasale Methoden heran, und legt den Zutritt zum Infundibulum frei. Wenn das nicht hilft, bringt er den Sinus durch Operation von aussen zur Obliteration. Er hält eine definitive Diagnose anders als auf dem Weg der Eröffnung des Sinus für unmöglich.

Durch endolaryngeale Methode entfernte Larynxpapillome.

Herbert Tilley: Demonstration der in Chloroformnarcose bei einem $4^1/_2$ jährigen Kinde entfernten Präparate.

Epitheliom der Tonsille mit ausgedehnter Betheiligung der Drüsen bei einem Mann in mittleren Jahren.

Dundas Grant: Ein progredienter, bereits inoperabler Fall.

Dundas Grant: Granulationsgeschwülste am Stimmband. Zur Diagnose. Das mikroscopische Präparat sprach für entzündliche Natur.

Glottiskrampf bei einer 24jährigen Frau.

Dundas Grant und Macintosh: Ohne irgend welche vorangehenden Symptome ausser etwas Beklemmungsgefühl war plötzlich ein Erstickungsanfall aufgetreten mit stridulöser Athmung. Derselbe ging schnell wieder vorüber. Es fand sich eine acute Entzündung der Zungentonsille, Hemianästhesie des Pharynx und weitere hysterische Stigmata.

Herbert Tilley hat alarmirende Anfälle von Dyspnoe bei einem gesunden Mann beobachtet, bei dem dieselben auf Cigarrenrauchen zurückzuführen waren.

William Hill: Gutartige gestielte Geschwulst der Stimmbänder.

Atwood Thorne: Larynxfall zur Diagnose.

Ein Patient, bei dem ein plötzlicher Schmerz nach dem Trinken auftrat, befürchtete einen scharfen Fremdkörper hinabgeschluckt zu haben. Man konnte in der Interarytenoidgegend einen geborstenen Abscess wahrnehmen.

Ein Fall von wahrscheinlichem Epitheliom des Larynx.

Dundas Grant und Wyatt Wingrave: Ein atypischer Fall, in welchem Probethyreotomie angezeigt schien.

E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Herr Dr. A. Kuttner bittet im Hinweis auf sein Referat über „Larynxtuberculose und Gravidität“ (s. S. 29) behufs weiterer Klärung der angeregten Frage diejenigen Herren Collegen, die über ein einschlägiges Beobachtungsmaterial verfügen, ihm ihre Fälle zur Veröffentlichung gütigst überlassen zu wollen (Adresse: Berlin W., Lützowplatz 6) oder selbst zu veröffentlichen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, Februar. 1902. No. 2.

A. Gouguenheim †.

Am 4. December 1901 erlag Dr. A. Gouguenheim, einer unserer bekanntesten französischen Specialcollegen, einem chronischen Gehirnleiden, dessen Gegenwart sich bereits bei Gelegenheit des Pariser internationalen Congresses betrüblich bemerkbar gemacht hatte.

Zu Metz am 9. Januar 1839 geboren, genoss Gouguenheim seine Gymnasialbildung in Paris, studirte Medicin ebendaselbst, bestand sein Doctorexamen mit Auszeichnung und begann etwa vom Jahre 1877 an sich speciell mit Laryngologie zu befassen. Er war ein Schüler Fauvel's. Im Jahre 1877 veröffentlichte er eine derzeit vielbemerkte Arbeit über secundäre Kehlkopfsyphilis. 1882 wurde ihm eine laryngologische Poliklinik im Spital Bichat unterstellt und im Jahre 1887 wurde er zum Nachfolger Isambert's in der Leitung der laryngologischen Klinik des Hospitals Lariboisière ernannt. Seine dortige Thätigkeit hat unzweifelhaft die Beschäftigung mit unserer Specialität in Frankreich bedeutend gefördert. Persönlich neigte er einer activen, hauptsächlich chirurgischen Thätigkeit zu.

Als Schriftsteller war der Verstorbene sehr fruchtbar. Die „Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx etc.“, als deren Redacteur er mit Dr. Marcel Lermoyez nach dem Tode ihrer Begründer: Isambert, Krishaber und Ladreit de Lacharrière, viele Jahre hindurch thätig war, und denen wir die meisten Daten dieses Nekrologes entnehmen, bringen in ihrer Nummer vom December 1902 ein Verzeichniss von nicht weniger als 73 Arbeiten Gouguenheim's, die theilweise von ihm allein, theilweise in Gemeinschaft mit jüngeren Autoren verfasst worden sind, und auf welches wir Interessenten verweisen müssen. Seine bekanntesten Arbeiten waren wohl die: „De l'adénopathie peritracheo-laryngienne“ (Comptes rendus de l'Academie de médecine, 1883), „Des abscès chauds de la cloison nasale“ etc. (X. Internationaler Congress, Berlin 1890) und sein mit Dr. J. Glover zusammen verfasster „Atlas de laryngologie et de rhinologie“ (Paris 1894).

An Ehren hat es ihm nicht gefehlt. Er war u. a. Präsident der französischen und der Pariser laryngologischen Gesellschaften und Präsident der laryngologischen Section des Pariser internationalen medicinischen Congresses, sowie Ehren- und correspondirendes Mitglied mehrerer ausländischen laryngologischen Gesellschaften.

Felix Semon.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1900.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	99	257	153	126	172	67	39	913
Frankreich	13	89	109	20	65	35	22	353
Deutschland	24	101	51	12	82	5	10	285
Grossbritannien und Colonien	3	77	48	13	89	8	8	246
Oesterreich-Ungarn	27	29	26	6	42	2	2	169
Italien	1	24	22	3	10	3	—	63
Russland	—	10	12	8	7	6	—	43
Skandinavien	1	13	10	4	10	3	2	43
Belgien und Holland . . .	2	17	7	—	9	5	—	40
Polen	7	5	2	9	11	—	1	35
Spanien	—	6	9	1	10	1	—	27
Schweiz	1	3	—	1	3	1	—	9
Zusammen	178	631	449	203	510	136	84	2291

Die Statistik des Jahres 1900 giebt zu besonderen Bemerkungen keine Veranlassung. Die Verhältnisse sowohl der Gesammtproduction wie der literarischen Thätigkeit der einzelnen Länder sind im Grossen und Ganzen dieselben geblieben wie im Vorjahre.

II. Referate.

a. Allgemeines, Erkältungen, Influenza etc.

1) **H. Burger, H. C. A. Campagne** und **A. Frederikse** (Amsterdam). **Zweiter (dreijähriger) Bericht der Städtischen (Universitäts)-Poliklinik für Halskrankheiten zu Amsterdam. (Tweede — driejaarlyksch — Verslag der gemeendelyke — universiteits — polikliniek voor keelziekten te Amsterdam.)** *Geneesk. Courant 24. u. 31. März u. 7. April 1901.*

Der Bericht umfasst 3 Universitätsjahre: 15. September 1897 bis 15. September 1900. Die Zahl der behandelten (neuen) Patienten beträgt 1823 Männer, 1649 Frauen, total 3472. Aus dem umfangreichen Bericht sei Folgendes hervorgehoben:

Atresia choanarum. Nasenverstopfung seit einem Jahr bei einer Frau von 38 Jahren. Bei vorderer Rhinoscopie zeigt sich die linke Choane vollständig, die rechte fast vollständig verschlossen durch eine Masse von gewöhnlicher

Schleimhautfarbe; bei der Rhinoscopia posterior, wie bei der Palpation findet man den Nasenrachen mit undefinirbaren, strangförmigen Massen ausgefüllt. Dieselben werden digital soviel wie möglich zerrissen und rechts ein Athemweg dargestellt. Diese Oeffnung wird später mittelst Kornzange, Bougie und Electrolyse gehörig erweitert. Links gelingt es in keiner Weise eine Communication herzustellen. Aetiologisch ist der Fall ganz dunkel: keine Ulceration, keine Secretion, keine Andeutung von Lues.

Rhinitis fibrinosa wurde 9mal auf beiden Seiten, 6mal einseitig und zwar immer rechtsseitig gefunden. Ausnahmslos bestand ein auffallend starkes Eczem am Naseneingang.

Acute Entzündung der Stirnhöhle. Ein klassischer Fall wurde mit Durchspülungen durch die natürliche Oeffnung behandelt, wobei namentlich das erste Mal grosse Eitermengen herausbefördert wurden. Heilung in 4 Wochen.

Von infectiöser Laryngitis sind 4 Fälle behandelt worden, von denen 2 als Laryngitis submucosa, 1 als Erysipelas und 1 als Epiglottitis acuta notirt sind.

Rhinitis caseosa. Die unmässig erweiterte linke Nasenseite ist mit einer grauen, leicht-fötiden Masse ausgefüllt, nach deren Entfernung die 31jährige Patientin sich einer ungekannten Euphorie erfreut.

Chronisches Kieferhöhlenempyem. 41 Fälle. 7mal wurde die sog. Radicaloperation nach Luc gemacht, über deren Resultate die Verf. nicht sehr enthusiasmirt sind. In einem Fall war Irritation des rechten Auges das einzige Symptom. Vom Proc. alveolaris aus wurde aus der rechten Kieferhöhle eine grosse Masse von Eiter herausgespült, worauf die Augenaffection schnell verschwand, während aus der Kieferhöhle, nach der ersten Ausspülung, so gut wie keine Secretion mehr gesehen wurde. Ein Fall von Kiefer- und Siebbein-Empyem dentalen Ursprunges hatte tödtlichen Ausgang. Bei der Aufnahme bestand bereits Orbitalphlegmone. Der Tod erfolgte an Meningitis.

Hyperplasia circumscripta der linken Cart. quadrangularis wurde im Kehlkopf einer Patientin mit Akromegalie gefunden.

Blutende Septumpolypen wurden 2mal gesehen und nach Abtragung und Chromsäure-Cauterisation der Insertionsstelle dauernd geheilt.

Angioma uvulae. Die Neubildung bedeckte den Zapfen und die rechten Gaumenbögen. Erfolgreiche Behandlung durch Galvanokaustik.

Pharynx-Cyste. Ein 17jähriges Mädchen hat seit $1\frac{1}{2}$ Jahren eine weiche Geschwulst auf der rechten Halsseite. Hinter der Zungenbasis rechts befindet sich eine fluctuirende Geschwulst, welche den Kehldeckel comprimirt. Mit Hülfe der Kirstein'schen Spatel wird ein Theil der Cystenwand excidirt. Vom Cysteninhalt wird 50 ccm einer geruchlosen, zähen, braungefärbten Flüssigkeit aufgefangen, welche ein grosses Quantum Mucin, weiter Chromocythen, verfettete Leukocythen, grosse Kugeln und Eiweisspartikelchen enthält. Augenblicklich nach der Operation ist die Schwellung am Hals verschwunden. Sechs Wochen später, und ebenso nach weiteren 7 Monaten ist im Pharynx nichts Abnormes mehr zu finden.

Larynx-Cyste. Ein kleiner latenter Tumor auf der medianen Fläche der

rechten Giesskanne bei einer alten Frau. Derselbe wurde in toto abgetragen und zeigt sich als kleine Cyste mit dünner Wand und butterähnlichem Inhalt.

Carcinoma laryngis. 9 Fälle, von welchen nur 2 zur Operation kommen. Der eine Patient wurde wegen eines umschriebenen Carcinoms der linken aryepiglottischen Falte, von Prof. Rotgans, mit Pharyngotomia subhyoidea operirt. Drei Wochen später zeigt sich schon Recidiv, dem Patient erliegt. Die andere Patientin hatte ein ziemlich grosses, mikroskopisch festgestelltes Carcinom des rechten Stimmbandes, welches von Dr. Mac Gillavry nach Laryngofissur entfernt wird. Jetzt — beinahe 2 Jahre post operationem — ist die 34jährige Patientin noch frei von Recidiv. Allein es hat sich nach der Operation allmälig eine Schwellung des Larynxinnern herausgebildet, welche die Tracheotomie nothwendig macht. Patientin trägt die Canüle noch, spricht mit deutlicher Flüsterstimme und ist mit ihrem Zustand sehr zufrieden. Lange fortgesetzte Dilatation mit Schroetterschen Bougies war erfolglos.

Palatum fissum bei einem 15jährigen Knaben, der einen grossen Obturator trägt. Dieser hat unzweckmässiger Weise die Ostien der Eustachischen Tuben bis auf lineäre Spalten zusammengedrückt und eine doppelseitige Otitis media veranlasst.

Adenoide Vegetationen: 896 Fälle, d. i. 26 pCt. des ganzen Materials (im 1. Bericht: 20 pCt.). Von diesen standen 68,3 pCt. im Alter zwischen 5 und 15 Jahr (im 1. Bericht 68,6 pCt.); 7 pCt. zwischen 15—20 Jahren, 2 pCt. älter wie 20 Jahre. Einziehung der Trommelfelle fand sich in 36 pCt., Otitis media in 11 pCt., weitere Schwerhörigkeit in 9 pCt., zusammen 56 pCt. der Fälle; normale Ohren also in 44 pCt.

Einseitige Recurrensparalyse: 15 Fälle. In zweien von diesen bestand eine Posticuslähmung der andern Seite. Noch 6 weitere Fälle von Posticuslähmung. In einem von diesen kommt der Uebergang in eine Recurrensparalyse während der poliklinischen Beobachtung zu Stande.

Ataxie der Stimmbänder wird bei einem 27jährigen Kranken mit Friedreich'scher Tabes aus der neurologischen Klinik gesehen. H. BURGER.

2) **G. C. Stout. Verhütung und Behandlung der Erkältung. („Cold in the head". How it may be avoided and how to treat it.)** *Therapeutic Gazette. Januar 1901.*

Verf. bespricht hier vor allem Verhütung und Behandlung des acuten Schnupfens. Er bevorzugt dabei das Cocain mit nachfolgendem Spray von Menthol und Petroleum liquidum (1 : 100). Dabei gedenkt er der Gefahr des Cocainismus. Nebennierenextrakt verschlimmert nach seiner Ansicht den Zustand.

EMIL MAYER.

3) **Ch. H. Shipard. Physiologische Verhütung von Erkältungen. (The physiologic care of colds.)** *N. Y. Medical Journal. 27. April 1901.*

Erkältungen haben innere, nicht äussere Ursachen, wie falsche Ernährung, Mangel an frischer Luft, Missbrauch von Narkoticis, mangelhafte Körperpflege. Zur Behandlung von Erkältungen giebt Verf. folgende Winke: Gänzliche Nahrungsentziehung wenigstens für 24 Stunden, ev. warme Darmeingiessungen, reichlicher

Genuss von reinem Wasser, ein tüchtiger Spaziergang ins Freie und dann ein türkisches Bad, darnach ev. ein römisches Bad. Davon wird der Patient dauernden Nutzen ziehen. In chronischen Fällen muss diese Behandlungsweise anhaltender geübt werden.

LEFFERTS.

4) **S. Harnsberger. Erkältung. (Cold in the Head.)** *N. Y. Medical Record. 1. Juni 1901.*

Der Kranke muss im Bett verbleiben, bekommt vierstündlich 2 g Kaliumbicarbonat in Milch oder Wasser, und zwei Tage lang flüssige Diät.

LEFFERTS.

5) **Lermoyez** und **Malm** (Paris). **Untersuchungen über die Wirkung der heissen Luft auf die Schleimhäute der oberen Luftwege. (Nouvelles recherches sur l'action de l'air chaud sur les muqueuses aériennes supérieures.)** *Annal. Revue hebd. de laryng. No. 29. 22. Juni 1901.*

Es bestätigt sich mehr und mehr, dass vorwiegend die nervösen Affectionen von dieser Methode günstig beeinflusst werden. Die Autoren haben noch keine Erklärung für die Wirkungsweise derselben finden können.

MOURE.

6) **Schtschegolow. Der Influenza-Diplococcus. (Diplococcus Influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Verf. isolirte bei einer Anzahl von Influenzafällen, die contagiös auftraten, einen Diplococcus, der sich biologisch von dem gewöhnlichen Diplococcus der Pneumonie unterschied. Der gleiche Mikroorganismus wurde auch in Fällen von acuter Influenza gefunden. Bei einem der Kranken entwickelte sich eine letalverlaufende Pneumonie. Verf. ist der Ansicht, dass die morphologischen Unterschiede den Veränderungen zuzuschreiben sind, die der Diplococcus Fränkel und Weichselbaum bei der Verpflanzung auf Agar durchmachen.

LEFFERTS.

7) **George Blumer. Bakteriologie und Pathologie der Influenza. (The bacteriology and pathology of Influenza.)** *Albana Medical Annals. Februar 1901.*

Der von Pfeiffer entdeckte Bacillus ist der Erreger der Erkrankung. Er wird abgetödtet durch 5 Minuten lange Erhitzung auf 60° C., durch 1 pM. Sublimatlösung in 10 Minuten und 1 proc. Karbollösung in einer halben Stunde und wächst am besten auf hämoglobinhaltigen Nährböden. Er wird vornehmlich in dem gelb-grünen, eitrigen Hustensecret der Influenzabronchitis und zwar intra- wie extracellulär gefunden, intracellulär besonders in den späteren Stadien seiner Erkrankung. Zuweilen findet er sich auch in enormen Mengen im Secret der Nase, der oberen Luftwege, der Nebenhöhlen und des Mittelohres. Besonders das morgendliche Sputum ist der Untersuchung zu unterziehen. Nur gelegentlich findet sich der Bacillus auch anderswo als in den Luftwegen.

Die pathologischen Erscheinungen bestehen in oberflächlicher Entzündung der Schleimhäute von Trachea, Larynx und Bronchus. Mikroskopisch findet sich Infiltration und polynucleäre Leukocytenanhäufung in den Schleimhäuten mit deutlicher Gefässdilatation; dabei besteht Desquamation der Epitheldecke und der oberflächlichen Submucosa. Bacillen finden sich sowohl zwischen den Epithelzellen, wie in der Submucosa. Tuberkulöse sind für Influenzapneumonien besonders

empfänglich, und hier können unter Umständen noch nach 8 Monaten Influenzabacillen gefunden werden. Die Bacillen bleiben latent in den Nebenhöhlen und können so Recidive hervorrufen.

EMIL MAYER.

8) **M. N. P. Bénaky. Haemorrhagische Form der Influenza. (Haemorrhagic form of Influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Januar 1901.*

Beschreibung einer schweren, tödtlich verlaufenden Form von Influenza mit Haemoptyse, Epistaxis, Metrorrhagie, subcutanen und submucösen Blutungen. Pat. litt an einer zweifellosen Influenza und die Blutungen liessen sich auf keine andere Ursache zurückführen.

LEFFERTS.

9) **John Zahorsky. Influenza bei Kindern. (Influenza in infants.)** *St. Louis Medical Review. 23. Februar 1901.*

Die Diagnose der Influenza beruht auf folgenden charakteristischen Kennzeichen: 1. acutes Fieber, 2. typische Angina, 3. Katarrhe der oberen Luftwege, 4. Nachweis des Pfeiffer'schen Bacillus. Im Allgemeinen genügen bei nachweislichem contagiösen Ursprung die beiden ersten Kennzeichen zur Diagnose. Es folgt dann Besprechung der ätiologischen Momente. Die einzig wirksame Prophylaxe ist Fernhaltung von Besuch und Familie. Medicationen haben nur geringen oder überhaupt keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Chinin scheint noch am besten zu wirken. Hygienische und symptomatische Behandlung ist alles.

EMIL MAYER.

10) **W. W. Harper. Influenza.** *Alabama Medical Journal, Juni 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

11) **Notiz des Herausgebers. Influenza als Ursache der Perityphlitis. (Influenza as a cause of appendicitis.)** *The Philadelphia Medical Journal. 2. März 1901.*

Die intestinalen Formen der Influenza sind wohlbekannt. Darmkatarrh, blutige Stuhlentleerungen sind von guten Beobachtern als Folgeerscheinungen bei Influenza beschrieben.

EMIL MAYER.

12) **Louis Kolipinski. Erscheinungen am weichen Gaumen als pathognomisches Symptom der epidemischen Influenza. (The appearance of the soft palate a pathognomic symptom of epidemic Influenza.)** *N. Y. Medical News. 1. Juni 1901.*

Verf. ist zur Ansicht gekommen, dass Influenza leicht und sicher durch eine eigenartige Erscheinung am weichen Gaumen diagnosticirbar ist. Es fand sich dies Symptom in allen sicheren Fällen von Influenza vor, ging dem Eintritt des Fiebers um einige Tage vorauf, und dauerte noch in die Reconvalescenz hinein. Es handelt sich bei diesem Symptom um kleine, sandkorngrosse convexe Erhabenheiten ean der Schleimhaut des weichen Gaumens auf weisslichem oder transparent m Grunde. Entweder sind sie spärlich und auf gewisse Partien am Gaumensegel begrenzt oder über seine ganze vordere Fläche zerstreut. Besonders treten sie an der Basis der Raphe, den Seitenrändern der Uvula hervor und an der Vorderfläche der Gaumenbögen am oberen Tonsillenrand. Der Grund, auf dem die Efflorescenzen stehen, ist fleischroth bei einem sonst normalen Individuum, dunkel-

roth bei Alkoholisten und Rauchern, wachsweiss bei Tuberkulösen. Zuweilen kommen punktförmige Haemorrhagien hinzu und in einem Fall waren die kleinen Erhabenheiten selbst intensiv roth.

LEFFERTS.

13) **W. Bayard Shields. Die Influenza und ihre Bedeutung für die Athmungsorgane und die Nebenhöhlen der Nase. (Influenza, more especially its effects on the respiratory organs and accessory nasal sinuses.)** *St. Louis Medical Review. 16. Februar 1901.*

Die gefährlichste Form der Influenza befällt die Lungen. Complication mit Arteriosklerose, mit Nierenaffectionen oder andern chronischen Erkrankungen vornehmlich der Lungen, gestalten den Verlauf der Influenza besonders gefährlich.

EMIL MAYER.

14) **D. Braden Kyle. Die Wirkung der epidemischen Influenza auf die Schleimhäute der oberen Luftwege. (The effects of epidemic influenza on the mucous membranes of the upper respiratory tract.)** *Laryngoscope. 1901.*

Verf. ist der Ansicht, dass in den von ihm untersuchten Fällen das Transsudat der Schleimhäute der Luftwege etwas anderes ist als ein gewöhnliches entzündliches Exsudat. Er glaubt an eine Störung in den flüssigen Constituentien des Blutes, derart, dass das aus den Gefässen austretende Exsudat in hohem Masse coagulabel ist, Eiweisskörper enthält, die eine solidere Infiltration des Gewebes verursachen, durch seinen hohen Druck für die Secretion hinderlich wird und allerhand Störungen des Gewebes besonders seiner Ernährung herbeiführt.

EMIL MAYER.

15) **Julius Ullman. Influenza mit vier ausgesprochenen Pneumonieattacken. Otitis media purulenta und cerebrale Hyperämie, Colitis, Inanition; Heilung. (Influenza accompanied by four distinct pneumonic attacks. Otitis media purulenta and cerebral hyperemia, colitis, inanition; recovery.)** *Journal American Medical Association. 2. Februar 1901.*

Es handelt sich in diesem Fall, dessen klinischer Verlauf aus der Ueberschrift ersichtlich ist, um eine Erkrankung bei einem Kinde, dessen vollkommene Heilung sowie normales Verhalten von Lungen und anderen Organen auch noch nach einem Jahre constatirt wurde.

EMIL MAYER.

16) **W. Lublinski. Kehlkopfcomplicationen bei Influenza. (Laryngeal complications of Influenza.)** *N. Y. Medical Record. 25. Mai 1901.*

Die Influenzalaryngitis unterscheidet sich zwar gewöhnlich von der gewöhnlichen Laryngitis, aber hat doch zuweilen ihre Besonderheiten, so intensive Röthung und Schwellung der Schleimhäute, besonders der Stimmbänder, sowie deutlich ausgesprochener haemorrhagischer Charakter. Bei dem subglottischen Typus treten gewöhnlich ernste Störungen nicht auf, jedoch Oedem der Schleimhaut, die sofortige Behandlung verlangt, um Dyspnoe und Dysphagie zu vermeiden. In anderen Fällen treten zuweilen Ulcerationen und Necrosen der Weichtheile, Blosslegung der Knorpel und Absessbildung auf. Das kann zuweilen auf Gefäss-

thrombose zurückzuführen sein, ist aber auch oft durch intensive lokale Hyperämie verursacht.

Von anderen Kehlkopferkrankungen bei Influenza ist Recurrenslähmung nicht selten, und Posticuslähmung zuweilen beschrieben, ferner temporäre Funktionsstörungen des Vagus, die sich am Herzen, der Athmung und dem weichen Gaumen kundgeben.

Die Prognose solcher Fälle ist günstig, die Heilung erfolgt in 4—6 Wochen.

LEFFERTS.

17) **Glatzel. Ein bemerkenswerther Fall von Influenza-Laryngitis. (A noteworthy case of Influenza Laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 13. April 1901.*

Verfasser beschreibt einen Fall als zu der von Fränkel im Jahre 1890 beschriebenen Kategorie von Influenza gehörig, wo das Gift im Larynx selber lokalisirt erscheint und weissliche Auflagerungen auf den Stimmbändern hervorruft, welche allmählich oberflächlichen Substanzverlusten Platz machen. Fränkel vermuthet in der Erkrankung eine fibrinöse Infiltration der Stimmbänder.

LEFFERTS.

18) **John J. Kyle. Influenza und ihre Beziehung zu den Siebbeinzellen und Mittelohrkatarrhen. (Influenza with special reference to ethmoidal cells and middle ear complications.)** *Indiana Medical Journal. März 1901.*

Absolute Bettruhe und zweistündliche Application von:

Rp. Orthoformii
Glandul. suprarenal. aa 0,6
Antipyrini 0,12
Menthol 0,06
Adipis benzoat. 15,0
M. f. ungt.

EMIL MAYER.

19) **W. Roth** (Wien). **Ueber die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen.** *Vortrag im Wien. med. Doctoren-Collegium, Sitzung v. 21. Januar 1901. Wien. klinische Rundschau. 1901. No. 7.*

Als Ursache der im Gefolge von Influenza auftretenden Schmerzen in der Stirn-, Schläfen- und Wangengegend, wie auch im Hinterhaupt und an der inneren Wand der Orbita fand R. in allen Fällen eine acute Entzündung der Stirn- oder Oberkieferhöhle und konnte mit Ausspülungen dieser Höhlen auch sofort die Schmerzen beseitigen. — R. bezeichnet nur jene Fälle als Neuralgien, in welchen in der Nase kein Secret gefunden wird und eine Ausspülung der Nebenhöhlen keinen Nachlass der Schmerzen mit sich bringt.

CHIARI.

20) **Ch. J. Aldrich. Affectionen der Kopfnerven nach Influenza. (Affections of the cranial nerves following influenza.)** *Cleveland Journal of Medecine. Juli 1901.*

Auf Grund des Studiums von zahlreichen Neuralgiefällen der Hirnnerven, die in den letzten 12 Jahren an Häufigkeit zugenommen haben, ist Verfasser der Ansicht, dass viele derartige Fälle, insbesondere von supraorbitalen Neuralgien, und von Migräne deutliche Beziehungen zur Influenza haben.

EMIL MAYER.

21) **W. Hopgood. Chinin als Prophylacticum bei Influenza. (Quinine as a prophylactic to Influenza.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juni 1901.*

Einnehmen kleiner Chinindosen — 0,12 allmorgendlich mit dem Frühstück — schützt gegen Influenzainfektion. Verfasser, der bereits fünf Anfälle im Lauf von vier Jahren durchgemacht hat, hat es bei sich selber mit Erfolg angewandt.

LEFFERTS.

22) **William H. Thomson. Behandlung der Influenza. (Treatment of influenza.)** *Journal American Medical Association. 2. Februar 1901.*

Verfasser schreibt den milden Verlauf der gegenwärtigen Influenzaepidemie dem Umstande zu, dass die meisten Leute bereits diese Erkrankung durchgemacht haben und so immun geworden sind. Mit folgender Medikation hatte er gute Frfolge:

Extr. Aconiti 0,01, pulv. Doweri 0,06
Phenacetini 0,05, Chinini 0,36 auf 2 Pillen.

Davon sind täglich 6 zu nehmen so lang Fieber besteht, dann 3 täglich bis zum Verschwinden der katarrhalischen Symptome. Gegen hartnäckige Hustenanfälle 0,6 Antipyrin und 1,2 Bromkali. Dabei Spülungen von Nase und Hals mit Lösungen von Kaliumchlorat in warmem Wasser mit Zusatz von Pfefferminzöl. Sehr wichtig ist, dass von der Influenza befallene Kranke fest zu Bett liegen.

EMIL MAYER.

23) **Sheffield. Influenza bei Kindern. (Influenza in children.)** *N. Y. Medical Record. 2. März 1901.*

Rp. Natrii benzoic.
Saloli
Acetanilidi aa 0,1
Coffeini 0,015

S. 3stündl. 1 Pulver für ein Kind von 6 Jahren.

LEFFERTS.

24) **Joseph C. Ross. Zimmt bei Influenza. (Cinnamon in Influenza.)** *N Y. Medical Record. 22. Juni 1901.*

Bei Behandlung der Influenza mit Zimmt von Beginn der Erkrankung an, vermag der Patient in drei bis vier Tagen wieder zu seiner Arbeit zurückzukehren. Je früher der Beginn dieser Behandlung, um so besser der Erfolg: beginnt sie später als 24 Stunden, so ist sie unwirksam. Das Medikament wird in Tablettform gereicht, während der ersten zwei oder drei Stunden halbstündlich, dann zweistündlich bis die Temperatur normal ist.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

25) **Francis Huber. Nasenrachenerkrankungen in der Kinderpraxis. (Nasopharyngeal disease in paediatric practice.)** *N. Y. Medical Journal. 8. September 1900.*

Verfasser betont den günstigen Einfluss der Entfernung von lymphoiden Wucherungen im Nasenrachenraum mit Beseitigung der Katarrhe und Wiederherstellung der Nasenathmung auf das Allgemeinbefinden, die Intelligenzentwickelung,

Sprach- und Hörstörungen, Reflexneurosen, Blutungen aus Nase und Mund, auf Thoraxdeformitäteen, auf Disposition zu Katarrhen der Schleimhäute u. s. w.

LEFFERTS.

26) **S. G. Dabney. Einige Bemerkungen über die Nasenrachenerkrankungen bei Erwachsenen. (A few notes on naso-pharyngeal diseases common to the adult.)** *American Practitioner and News. 15. Februar 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

27) **Lennox-Browne. Katarrh. (Catarrh.)** *N. Y. Medical News. 19. Januar 1901.*

Bei Nasenrachen- und Ohrenkatarrh empfiehlt Verfasser:

Rp. Tinct. ferri chlorid. 0,65—1,3
Amm. chloridi 0,65—1,3
Aq. chlorof. 15,0
Aquae q. s. 30,0

Das Ammonsalz scheint die Assimilation des Eisens zu befördern. LEFFERTS.

28) **Notiz des Herausgebers. Behandlung des acuten Rachenkatarrhes. (Treatment of acute pharyngitis.)** *Pediatrics. 1. December 1900.*

Acute Pharyngitis führt oft zu Milzanschwellung und Albuminurie, zu ersterer besonders bei Kindern. Die Nierenaffektion bedarf dabei aufmerksamer Behandlung. Prophylaktisch soll man wegen der Ansteckungsgefahr die Fälle von acuter Pharyngitis isoliren.

Diese Regel wird noch eindringlicher, wenn wir nur erinnern, dass acute Angina den symptomatischen Vorläufer zahlreicher Infektionskrankheiten darstellt.

EMIL MAYER.

29) **Notiz des Herausgebers. Die Behandlung der acuten Pharyngitis. (The treatment of acute pharyngitis.)** *N. Y. Medical Journal. 15. December 1900.*

Die Behandlung soll lokal und allgemein sein. In den Frühstadien ist jedes auch noch so milde Adstringens contraindicirt, darunter vor allem auch das Eisenchlorid. Die anfängliche Lokalbehandlung soll einfach antiseptisch sein. Bei kleinen Kindern, bei denen die Affektion garnicht selten ist, gebe man schwache Lösungen von Natrium bicarbonat und Diätvorschriften, bei älteren Kindern Salz-, Soda- und Borsäuregurgelungen. Hier, wie bei Erwachsenen, ist die Douche am zweckmässigsten. Dabei lässt der Patient den Kopf über den Tisch- oder Bettrand herabhängen und erhält die Douche in den weit geöffneten Mund, 2—8mal täglich, oder noch öfter. Das in ein Eiterbecken oder dergl. ausfliessende Wasser muss desinficirt werden.

Die Allgemeinbehandlung muss roborirender Art sein. Specifica sind werthlos.

LEFFERTS.

30) **Notiz des Herausgebers. Gegen chronische Pharyngitis. (For chronic pharyngitis.)** *Journal American Medical Association. 10. November 1900.*

Der Nasenrachenraum soll abends und morgens mit einer antiseptischen Lösung

(Carbolsäurelösung, Salicylsäurelösung und Menthol) ausgespült werden, und dann folgende Mixtur inhalirt werden:

Rep. Formalin 0,06
Menthol 10,0
Chloroformii 6,0
Aq. Coloniens. 112,0
MDS. Morgends und abends zur Inhalation.

Dabei wird der Nasopharynx touchirt mit:

Rp. Menthol 1,0
Tct. Jodi 5,0
Glycerini 10,0
MS. Lokal mittelst Applikators anzuwenden.

EMIL MAYER.

31) **A. Jakobi. Pharynx und Nase bei Rheumatismus. (The Pharynx and nose in Rheumatism.)** *N. Y. Medical News. 15. December 1900.*

Der Zusammenhang zwischen Tonsillitis und Rheumatismus war den Klinikern schon in der vorbacteriologischen Zeit bekannnt. Der Hals muss bei den zu Rheumatismus neigenden Kindern sorgfältig berücksichtigt werden. Grosse Tonsillen müssen entfernt und Nasenspülungen vorgenommen werden, unter deren Einfluss kleine adenoide Wucherungen im Pharynx zuweilen verschwinden. Die Spülungen sollen ohne Spritze und Irrigator und nur mit einem kleinen Bechergefäss gemacht werden. Kinder sowohl wie Erwachsene, die an Recidiven von Rheumatismus oder an chronischer Tuberkulose leiden, sollen morgendliche kalte Abwaschungen mit nachfolgenden Abreibungen nehmen.

LEFFERTS.

32) **R. W. Seiss. Der atrophische Pharynx. (The atrophic pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 20. October 1900.*

Jede einfache Pharyngitis neigt zur Pharynxatrophie. Dieselbe ist characterisirt durch vergrösserte Lymphdrüsen, die die sogenannten Follikel darstellen, durch Erweiterung der oberflächlichen Blutgefässe und durch Bildung von kleinen Granulationsmassen hinter den Gaumenbögen. In den mittleren Partien der Pharynxwand atrophische Herde, glänzende leichtgefärbte Stellen.

LEFFERTS.

33) **Reinhard. Zur Kenntniss der Aetiologie narbiger Verengerungen der pharyngealen Tubenöffnung.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1901.*

Mittheilung von 12 Fällen von Sclerom, bei denen es zu mehr oder weniger hochgradiger Verengerung der Tube kam in Folge von Schrumpfungsvorgängen und Narbenbildungen nach Beobachtungen auf der v. Schrötter'schen Klinik.

SCHECH.

34) **P. W. Williams. Toxische Lähmung des Pharynx. (Toxic paralysis of the pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Toxische Lähmungen sind zurückzuführen auf entzündliche Degeneration des Neurons, d. h. Neuritis im weiteren Sinne. Es gehören hierher die infectiösen und toxischen Formen. Die Behandluug sei einerseits eine allgemeine, dann

intralaryngeal (electrischer Strom mit combinirter innerlicher Strychninapplication). In Fällen von doppelseitiger Abductorenlähmung, Intubation oder Tracheotomie.

LEFFERTS.

35) **R. Botey. Pseudohaemoptyse, naso-pharyngealen Ursprungs. (Pseudohaemoptysis of naso-pharyngeal origin.)** *N. Y. Medical Record. 30. März 1901.*

Derartige Blutungen sind gar nicht so selten und werden in der Litteratur nicht genügend beachtet.

Die Pharynxwand kann als Ausgangspunkt für die Blutungen angesehen werden, wenn nach Reinigung derselben um einen Watteträger ein weiterer Tampon, der hinter dem weichen Gaumen gelegt wird, sich schnell mit frischem Blut durchtränkt. Diese Untersuchungsmethode sowie der Gebrauch des Spiegels sollte bei Haemoptysen und normalem Lungenbefund nie verabsäumt werden. LEFFERTS.

36) **D. Braden Kyle. Die Pathologie der Pharynxmykose. (Thé pathology of pharyngo-mycosis.)** *Laryngoscope. December 1800.*

Verf. zeigt, dass thatsächlich eine Pharynxmykose vorkommt, die nicht auf Leptothrix-ähnlicher Erkrankung beruht.

Das normaler Weise demonstrirbare Keratohyalin der Schleimhaut ist spärlich und kaum zu sehen. Alter und Geschlecht sind nicht von Einfluss. Zahlreiche weissliche Excrescenzen treten an der Zungenbasis und in den Solitärfollikeln auf. Häufig ist die Krankheit mit Zahnkaries combinirt. Der gewöhnliche Sitz ist die Tonsille. Wahrscheinlich begünstigt eine pathologische Alteration in der Submucosa die Entwickelung gewisser bacterieller Ansiedlungen. Laboratoriumsversuche mit Leptothrix verliefen mit negativem Resultat. In manchen Fällen von Keratose liess sich die Anwesenheit des Leptothrix demonstriren. EMIL MAYEH.

37) **P. S. Donnellan. Nasenrachenmykose und Bericht über einen Fall. (Nasopharyngeal Mycosis, with report of a case.)** *Philadelphia Medical Journal. 8. December 1900. N. Y. Medical Journal. 15. December 1900.*

Diese nicht kontagiöse Erkrankung ist häufig verbunden mit Zahncaries und Verdauungsstörungen, die das Wachsthum des Bacillus leptothrix begünstigen. Auf diese Erkrankungen der Zähne und des Digestionstractus erstreckt sich auch die Behandlung. Manchmal wirkt Tabak ganz günstig. Die Anwendung des Thermokauter und Abtragung der Geschwulstpartikel giebt — so auch in dem Fall des Verf. — die besten Resultate. LEFFERTS.

38) **Carlo Comba. Subacute Tuberkulose des Pharynx bei Kindern. (Subacute tuberculosis of the pharynx in childhood.)** *N. Y. Medical Record. 8. September 1900.*

Verf. berichtet über 3 Fälle dieser seltenen Erkrankung, von der nur 14 Fälle in der Litteratur bekannt sind. In diesen 3 Fällen war die Erkrankung secundärer Natur bei Tuberkulose des Respirations- und Digestionstractus.

Subjektiv bestanden starke Schmerzen besonders beim Schlucken. Wenn der weiche Gaumen befallen wird, wird er auch gelähmt. Untersuchung des Pharynx in den Frühstadien ergiebt graugelbe Knötchen aus leicht blutendem

Gewebe. In späteren Stadien Ulcerationen, käsiger Zerfall und Eiterung. Die umgebende Schleimhaut ist roth und geschwollen. Die Cervicaldrüsen schwellen und vereitern zuweilen. Die Diagnose ist leicht, besondern wenn ausgesprochene Tuberkulose in den anderen Organen besteht.

LEFFERTS.

39) **Fr. Fischenich. Die Syphilis des Nasenrachens.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XI. H. 3. p. 423. 1901.*

Auf Grund einer Casuistik von 49 Fällen bespricht F. die Erscheinungen der Syphilis im Nasenrachenraum. Zur Untersuchung des Rhinopharynx fordern auf aussergewöhnlich lange Dauer der Halsschmerzen, dann besonders Klagen über Kopfschmerzen. Pathognomonisch ist auch die enorme Secretion, mit derselben im Zusammenhang stehend, sind meist Verdauungsstörungen vorhanden. Zur exacten Diagnose ist die Spiegeluntersuchung nothwendig. Bemerkenswerth ist, dass eine syphilitische Ulceration im Cavum pharyngo-nasale noch bestehen kann, wenn alle anderen Symptome im Verlaufe einer antiluetischen Kur verschwunden sind. Zur Therapie ist neben der specifischen Allgemeinbehandlung eine energische Lokalbehandlung erforderlich. Die Ulcerationen im Nasenrachenraum heilen nur sehr schwer und langsam. Es ist nöthig sie häufig und gründlich zu reinigen. Dazu reicht die Nasendouche nicht aus, F. bedient sich einer besonderen Nasenrachenspritze. Nach der Reinigung wird ein Pulver von Calomel und Orthoform (zu gleichen Theilen) aufgeblasen oder Jodjodkali-Glycerinlösung aufgepinselt.

F. KLEMPERER.

40) **Touton** (Wiesbaden). **Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 3. p. 447. 1901.*

T. bestätigt Fischenich's Beobachtungen und hebt speciell für die Dermatologie die Bedeutung der nasopharyngealen Lokalisation der Syphilis hervor. Zur Allgemeinbehandlung räth er anfangs Jod in steigenden Dosen (bis 6, 8 und 10 g pro die) zu geben, dann später nach Hebung des Kräftezustandes die Inunctionskur zu beginnen unter gleichzeitigem Fortgebrauch des Jodpräparates in kleineren Dosen (2—3 g).

F. KLEMPERER.

41) **E. Harrison Griffin. Ein interessanter Fall von Halstumor. (An interesting case of tumor of the throat.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1900.*

Zwei Seiten werden auf die Krankengeschichte einer Frau verwandt, die sich einbildete, einen Tumor im Halse zu haben.

EMIL MAYER.

42) **W. J. Mercer. Pharyngeale und Naso-pharyngeale Geschwülste. (Pharyngeal and naso-pharyngeal growths.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 21. December 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

43) **E. Richter. Zwei typische retromaxilläre Rachenfibrome, deren Entfernung und Behandlung der Blutungsgefahren.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 2. 1901.*

Empfehlung der Galvanokaustik zur Operation der Nasenrachenfibroide und der Verabreichung von Alcohol vor der Cocainisirung resp. Operation.

SCHECH.

44) **Recanaseri. Ein umfangreiches Fibrom des Nasenrachens exstirpirt vom Munde aus. (Voluminoso fibroma naso-faringeo estirpato par la via orale.)** *Bolletin. delle Malattie dell'orecchio, della gola etc. No. V. Mai 1901.*

Der Tumor, der den ganzen Nasenrachenraum ausfüllte, Fortsätze in die Choanen sandte und, wie sich nach seiner Exstirpation herausstellte, 32 g wog, wurde vom Munde aus mit einer kräftigen Hakenpincette herausgezogen. FINDER.

45) **Redmond Payne. Ein ungewöhnlich grosses Myxo-fibrom. (An exceptionally large Myxo-fibroma.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1901.*

Die Geschwulst nahm den Nasen- und Mundrachenraum ein und entsprang von dem hinteren Drittel des mittleren Meatus. EMIL MAYER.

46) **V. Texier. Dermoidpolypen des Pharynx. (Polypes dermoides du pharynx.)** *La Presse médicale. 19. December 1900.*

Es handelte sich hier um einen $5^1/_2$ cm langen, 2 g schweren, Tumor der aus dem Nasenrachenraum eines 3monatlichen Säuglings operativ entfernt wurde. Er stellte eine Dermoidgeschwulst dar. A. CARTAZ.

47) **J. A. Thompson. Sarkom des Nasenrachenraums geheilt durch Formalin-injectionen. (Sarcoma of the Naso-pharynx cured by injections of formalin.)** *N. Y. Medical Record. 27. October 1900.*

Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, bei dem die Diagnose auf Rundzellensarcom der hinteren Rachenwand mikroskopisch bestätigt war. Der Allgemeinzustand contraindicirte die Radikaloperation, und so wurde eine $^1/_2$ proc. Lösung von Formalin in die Geschwulst injicirt, und zwar jedesmal 0,15 g 2mal wöchentlich in der Sprechstunde. An den injicirten Stellen verschwand die Gefässinjection und der Tumor wurde dann allmälig mit der Zange abgetragen. 14 Monate nach Beginn der Behandlung und auch 3 Monate nach Entlassung aus derselben, war noch kein Recidiv aufgetreten. LEFFERTS.

48) **John O. Mc Reynolds. Sarkom des Nasenrachenraums mit Bericht über derartige Fälle. (Sarcoma of the naso-pharynx, with report of cases.)** *Laryngoscope. 1901.*

4 derartige Fälle werden mitgetheilt; 2 werden für Sarkom angesehen, wenn auch die mikroskopische Untersuchung fehlt. Die beiden andern erweisen sich als maligne Tumoren. EMIL MAYER.

49) **P. P. Gellat. Ein Fall von Krebs des Nasenrachenraumes. (A case of cancer of the naso-pharyngeal space.)** *N. Y. Medical Journal. 29. September 1900.*

Die Fälle sind sehr selten. Hier handelte es sich um eine 43jährige Frau, bei der sich ein Verschluss beider Ohren und schweres Nasenbluten einstellte. Die Diagnose wurde mikroskopisch auf malignen Tumor gestellt. Radicaloperation war nicht mehr durchführbar. Die Geschwulst nahm die ganze hintere und linke seitliche Pharynxwand ein. Es wurde nur eine Palliativoperation, bestehend in

Abtragung der Geschwulst in Narkose mittelst Adenotom, vorgenommen, die nach kurzer Zeit wegen Recidivs abermals nöthig wurde. Die Patientin starb an Metastasen in den inneren Organen.

LEFFERTS.

50) J. M. Elder. **Ein Fall von Carcinom des Pharynx mit deutlicher Betheiligung der Nackendrüsen bei einem 14jährigen Knaben. (A case of the pharynx with marked involvement of the Cervical glands in a boy of 14 Years of age.)** *N. Y. Medical Journal. 9. März 1901.*

Titel giebt den Inhalt.

LEFFERTS.

51) Chevalier Jackson. **Primäres Carcinom des Nasopharynx. (Primary carcinoma of the naso-pharynx.)** *Laryngoscope. April 1901.*

Es handelt sich um ein 23 jähriges Mädchen. Bei der Digitaluntersuchung fand sich, dass der Tumor von der äusseren Wand des Nasenrachenraums entsprang und denselben ausfüllte. Die mikroskopische Untersuchung ergab Epitheliom.

EMIL MAYER.

52) M. Malherbe. **Antisepsis des Nasenrachenraums. (Antisepsis of the nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 6. April 1901.*

Dieselbe wird vermittelst Douchen von vorne her oder durch Zerstäuber geübt:

Rp. Natr. salicyl. 1,5
Aq. dest. 250,0.
M. Als Resolvens, Antisepticum und Adstringens.
Rp. Zinc. sulf. 0,3
Aq. dest. 250,0.

Bei grossen Schmerzen:

Morphini hydrochl. 0,045
Aq. dest. 75,0.

Gleichzeitig zur Inhalation:

Rp. Tinct. benzoic. compos. 80,0
Chlorof. gtt. XXV.
M. 1 Theelöffel auf 1 Glas warmes Wasser.

Wenn die Entzündung zurückgegangen ist:

Rp. Ol. Eucalypt. 6,0
Magnes. carbon. 4,0
Aq. dest. 90,0.
M. 1 Theelöffel auf 1 Glas warmes Wasser.

LEFFERTS.

53) W. F. Chappell. **Scheinbare adenoide Wucherungen. (Simulants of Adenoids.)** *N. Y. Medical News. 26. Januar 1901.*

Congenitale Atelektase der Lungen, die oft schwer diagnosticirbar ist und nach der man sorgfältig suchen muss, häufiger hoher angeborener Gaumen, der auch ohne adenoide Wucherungen vorkommt, vermögen letztere vorzutäuschen. Congenitale Hypertrophie der Zunge ist zwar eine seltene aber doch beachtenswerthe Ursache behinderter Athmung. Die bei Kindern häufig vorkommende hyper-

trophische Rhinitis macht oft ähnliche Symptome wie adenoide Wucherungen, und kommt oft neben letzteren vor, so dass bei Constatirung einer dieser beiden Affectionen immer nach der andern gefahndet werden muss. LEFFERTS.

54) **Koplik. Vortäuschung von adenoiden Wucherungen. (Adenoid simulants.)** *N. Y. Medical News. 26. Januar 1901.*

Bei Kindern kommen häufig Zustände vor, die adenoide Wucherungen vortäuschen und so unnöthige operative Eingriffe veranlassen können. So Schwellungen der Zunge, wie sie Verf. in einigen Fällen beobachtet hat. Einmal sah er einen knochigen Verschluss beider Nasenlöcher, so dass selbst feinste Sonden nicht passiren konnten. Die Adenoidoperation ist keinesfalls als ganz harmlos anzusehen, besonders nicht bei choreakranken Kindern. Die Entfernung des lymphoiden Gewebes schafft hier Absorptionsflächen, die einer Reinfection den Boden ebnen und die Endocarditis aufflammen lassen können. LEFFERTS.

55) **Francis Huber. Adenoide Wucherungen in der allgemeinen Praxis. (Adenoids in general practice.)** *N. Y. Medical News. 26. Januar 1901.*

Vorgeschrittene Fälle sind leicht zu diagnosticiren, kleine adenoide Wucherungen machen nur wenig Symptome. Eine gewisse Trachomform ohne Betheiligung der Cornea kommt zuweilen bei adenoiden Wucherungen vor, desgleichen eine abnorme Entwickelung einer Vene an der Nasenwurzel. Vor allem soll man bei häufig recidivirendem Schnupfen nach adenoiden Wucherungen fahnden.

LEFFERTS.

56) **Edward T. Dickerman. Hypertrophie der pharyngealen oder Luschka'schen Tonsillen, adenoide Vegetationen, Vergrösserung der dritten Tonsille. (Hypertrophie of the pharyngeal or Luschka's tonsil, adenoid vegetations; enlargement of the third tonsil.)** *Illinois Medical Journal. Februar 1901.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Erkrankung tritt in jedem Alter von 6 Wochen bis zum 46. Lebensjahr — der älteste beobachtete Fall — auf, aber am häufigsten in der Kindheit. 40 pCt. im Alter von 5—10 Jahren, 31 pCt. zwischen 10 und 15 Jahren.

2. Das Geschlecht hat nur geringen Einfluss.

3. 431 Patienten athmeten durch den Mund, 74 nur bei Nacht durch den Mund und 21 durch die Nase.

4. In 78 Fällen waren die Tonsillen pathologisch vergrössert.

5. 72 Fälle litten an Ohrcomplicationen.

6. Die Blutungen bei der Operation waren niemals gross, nur in einem Fall trat Nachblutung ein.

7. Nach Operation in Narkose traten nur 2 Recidive auf, bei nicht narkotisirten Fällen 14.

8. In 304 Fällen wurde narkotisirt, davon waren 201 Chloroformnarkosen, 64 Aethernarkosen, 34 Bromäthyl- und 5 Stickoxydulnarkosen.

Verf. bevorzugt Chloroform, in manchen Fällen jedoch ist Aether vorzuziehen.

EMIL MAYER.



57) **Ricci. Seltenheiten in der Symptomatologie der adenoiden Vegetationen. Ein Fall von Accommodationsschwäche und ein solcher von Haemoptoe. (Sintomatologia rara delle vegetazioni adenoidi. Un caso di astenopia accommodativa ed uno di emoptoe.)** *Bollettino delle malattie dell'orecchio etc. 2. V. Juni 1901.*

Der erste Fall betrifft eine 22jährige emmetropische Dame, die an Accomodationsschwäche litt und bei welcher diese mit der Entfernung der hyperplastischen Rachentonsille verschwand. Verf., der sich als ein Anhänger der Hertogue'schen Anschauung von der Bedeutung der Rachentonsille als Drüse mit innerer Secretion bekennt, glaubt, dass toxische Produkte, die von der pathologisch veränderten Rachentonsille abgesondert seien, in seinem Falle die Parese des Ciliarmuskels bedingt hätten.

Im 2. Fall litt ein 17jähriger junger Mann an täglich auftretendem Blutauswurf, der nach Entfernung der sehr starken adenoiden Vegetationen sofort aufhörte.

FINDER.

58) **Philip D. Kerrison. Adenoide Wucherungen im Pharynx, ihre Häufigkeit und ihre Folgen. (Pharyngeal adenoids, their frequency and sequelae.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Februar 1901.*

Die Affection ist bei Kindern häufiger als man denkt, wird aber bei geringer Entwickelung oft übersehen. Trotz unbedeutender Grösse machen sie zuweilen schwere Störungen. Fast stets (? Red.) beeinträchtigen sie das Hörvermögen. Sie legen zuweilen den Grund zu späterer Tuberkulose und Diphtherie. Deshalb sollten Kinder immer (? Red.) von Zeit zu Zeit prophylaktisch darauf hin untersucht werden. Alle (? Red.) Fälle, die leichten wie die weit entwickelten, verlangen chirurgischen Eingriff, am besten radikale Entfernung in der Narkose. (Solche Uebertreibungen schaden der Sache nur! Red.)

LEFFERTS.

59) **L. Rethi. Latente Tuberkulose der Pharynxtonsillen. (Latent tuberculosis of the pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1900.*

Literarische Zusammenstellung nebst eignen Beobachtungen. Unter 100 untersuchten Fällen fand sich 6mal Tuberkulose, käsige Degenerationen nur in 2 von den 6 Fällen. In 5 Fällen war der tuberkulöse Herd nahe der Oberfläche unter dem Epithel, und einmal in den tieferen Schichten. Riesenzellen fanden sich in allen 6 Fällen.

LEFFERTS.

60) **Wendell Phillips. Otitis media und adenoide Wucherungen. (Otitis media and Adenoids.)** *N. Y. Medical News. 26. Januar 1901.*

Recidivirende Mittelohreiterungen bei bestehenden adenoiden Wucherungen sind keineswegs selten. Verf. verwirft die Digitaluntersuchung auf adenoide Wucherungen, erstens weil sie dabei leicht bluten und inficirt werden und zweitens weil sie den Kindern höchst unangenehm sind. Er befürwortet die Untersuchung mit Spiegel und Zungenspatel.

LEFFERTS.

61) **Rivière. Beziehungen der adenoiden Wucherungen zu der Insufficientia thyreoideae. (Rapports entre les adénoides et l'insuffisance thyreidienne.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 9. Januar 1901.*

Verf. hat das Zusammentreffen der beiden genannten Erscheinungen häufig

bei Kindern gesehen, die ihm wegen adenoider Wucherungen überwiesen wurden. In solchen Fällen ist die Schilddrüsenbehandlung neben der Ausschabung der adenoiden Vegetationen indicirt.

PAUL RAUGÉ.

62) **John A. Thompson. Deformität oder Defecte in der Entwickelung infolge von adenoiden Wucherungen. (Deformities or defects in the development from adenoids.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 6. April 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

63) **Robert M. Lapsley. Adenoide Wucherungen. (Adenoids.)** *The Medicus. März 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

64) **W. G. Putnam. Adenoide Wucherungen des Nasenrachenraumes. (Adenoid vegetations of the naso-pharynx.)** *Maritime Medical News (Halifax). Januar 1901.*

Verf. operirt in Aethernarkose mit Curette und Zange. Bei ganz kleinen Kindern und bei jugendlichen Erwachsenen narkotisirt er nicht. Bei ersteren nimmt er nur die Curette.

EMIL MAYER.

65) **W. Kent Hughes** (Melbourne, Victoria). **Adenoide Wucherungen bei Erwachsenen. (Adenoids in adults.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Januar 1901.*

Verf. betont im Anschluss an einige recht bemerkenswerthe Fälle, die Bedeutung der operativen Entfernung der adenoiden Wucherungen für die Besserung des Hörvermögens. Er ist der Ansicht, dass man durch die Digitaluntersuchung häufig noch Fälle entdecken kann, die sich der Spiegeluntersuchung entziehen.

A. T. BRADY

66) **Walter F. Chappell. Diagnoso der adenoiden Wucherungen bei Kindern. (Diagnosis of infantile Adenoids.)** *N. Y. Medical News. 26. Januar 1901.*

Die Diagnose auf adenoische Wucherungen ist viel schwerer bei kleinen als bei älteren Kindern zu stellen. Es giebt objective und subjective Symptome. Unter den ersteren: Mundathmung, Schnüffeln, Deformität der Brust und Anomalieen der der Gesichtsbildung. Zu den subjectiven Symptomen gehören Athembeschwerden, Kopfschmerzen und zu langsame Entwickelung der Intelligenz. Verf. glaubt nicht, dass viele Kinder mit congenitaler Hypertrophie der adenoiden Gewebe des Pharynx geboren werden. In den letzten Jahren untersuchte er 437 Kinder, von denen 45 im Alter unter 7 Monaten Symptome von Behinderung der oberen Luftwege darboten. Nur in 9 Fällen fanden sich hier adenoide Wucherungen und auch bei zahlreichen Obductionen von Neugeborenen fand er sie nie. Die Thatsache, dass adenoide Wucherungen demnach nicht congenital sind, ermöglicht nur, auf ihre Verhütung hinzuwirken.

Zu den Ursachen von Athemhinderniss bei Kindern gehören lymphatische Anlagen, Syphilis, congenitale Atelektase der Lungen, hochgewölbter Gaumen, kleiner Nasenrachenraum, in den Pharynx vorspringende Halswirbel, abgesehen von einigen seltenen anatomischen Anomalieen.

LEFFERTS.

67) **Francis Huber. Diagnose und Behandlung der adenoiden Wucherungen in der Praxis. (The diagnosis and treatment of adenoids by the general practitioner.)** *Archives Pediatrics. März 1901.*

Bei der Besprechung der Diagnostik macht Verf. vornehmlich auf die Schwellungen lymphoider Gewebe am Unterkieferwinkel und der hinteren Rachenwand aufmerksam. Er ist dafür, bei der Operation keine Narkose anzuwenden.

EMIL MAYER.

68) **Richmond Mac Kinney. Die Behandlung der chronischen Hypertrophie der Rachentonsillen. (The treatment of chronic hypertrophy of the faucial tonsils.)** *Mississippi Medical Record. Juli 1900.*

Besorgniss vor Blutungen veranlasste den Verf. bei Erwachsenen Kälte oder die Electrokauter-Schlinge anzuwenden.

EMIL MAYER.

69) **Richard Arthur** (Sidney). **Ueber adenoide Wucherungen. (Concerning Adenoids.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Februar 1901.*

Verf. ist der Ansicht, dass Stickoxydul die beste Narkose bei der Operation der adenoiden Wucherungen giebt.

A. T. BRADY.

70) **F. Huber. Fortdauer der Krankheitssymptome nach Entfernung der adenoiden Wucherungen und Tonsillen. (Persistence of symptoms after removal of adenoids and tonsils.)** *Pediatrics. 1. März 1901.*

Kinder müssen angehalten werden, durch die Nase zu athmen. Die gleichzeitige katarrhalische Rhinitis soll behandelt und Septumunregelmässigkeiten operirt werden.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

71) **W. Bottermund** (Dresden). **Welche physiologische Bedeutung hat das Zäpfchen für die Singstimme?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. H. 1. p. 50. 1901.*

B. hatte sich auf obige Frage gutachtlich in einem Process zu äussern, den eine Sängerin gegen den Chirurgen, welcher ihr auf ihren Wunsch das Zäpfchen entfernt hatte, anstrengte. Das Wesentliche seines Gutachtens liegt in folgenden Sätzen: „Das normale Zäpfchen bildet einen integrirenden Bestandtheil vom Muskelsystem des weichen Gaumens und ist namentlich für die feine Muskelarbeit des weichen Gaumens beim Kunstgesang von Wichtigkeit. Speciell bethätigt es sich bei der Bildung der Gutturallaute und bei der kunstgemässen Vocalisation, im Besonderen bei der in der Gesangstechnik „Nasalirung" genannten Bildungsweise der Vocale, bei welcher es auf die Haltung und Stellung des weichen Gaumens mit dem Zäpfchen hauptsächlich ankommt."

F. KLEMPERER.

72) **Stern** (Fritzlar). **Congenitale Anomalien der Uvula und des weichen Gaumens.** *Dissert. Würzburg 1901.*

Unter einer grossen Zahl von congenitalen Anomalien des weichen Gaumens fand Stern zwei Fälle mit medianen und 4 Fälle mit seitlichen Spaltbildungen.

SEIFERT.

73) **De Gorsse. Anomalie des Gaumensegels. (Anomalie du voile du palais.)** *Bull. Soc. Anat. de Paris. p. 81. Januar 1900.*

Die Missbildung wurde an einem Kranken beobachtet, der wegen einer Angina in das Spital aufgenommen worden war. Der freie Rand des Gaumensegels ist gradlinig quer von einer Seite zur anderen gespannt und zwar so, dass das Gaumensegel statt bogenförmig, vielmehr wie ein Vorhang oder eine Schürze herabfällt, wobei das Zäpfchen fast gänzlich in seiner Fläche verschwindet, so dass man nur eine flache Leiste auf der Fläche des beschriebenen Vorhangs eben hervortreten sieht.

Die hinteren Gaumenbögen sind nicht vorhanden. Die Tonsillen liegen in einer Bucht, die durch die Vorderfläche der Schürze und die Hinterfläche der vorderen Gaumenbögen, die sehr deutlich sind und sich etwa in halber Höhe des Gaumensegels an dasselbe anschliessen, gebildet wird. Die vorderen Gaumenbögen heben sich sehr deutlich von der Vorderfläche des Gaumensegels ab. A. CARTAZ.

74) **Alexander Hugh Fergusson. Gespaltener Gaumen; eine neue Urano-staphylorrhaphie. (Cleft palate. A new urano-staphylorrhaphy.)** *Journal American Medical Association. 19. Mai 1900.*

Die Operation wird folgendermassen beschrieben:

1. Bildung des Lappens. Mit einem schlanken, leicht gekrümmten kurzen Messer umschneide man die Mundschleimhaut ungefähr $^1/_{16}$ Zoll vom Rande eines jeden Segmentes, und die ganze Schleimhaut des weichen Gaumens nach der Nase zu, ohne sie zu durchschneiden. (Vergl. Fig. VI im Original.)

2. Erste Naht. Mit einer kleinen runden, gut gekrümmten Nadel, die vom Oehr bis zur Stelle, wo sie vom Nadelhalter gefasst wird, nicht mehr als $^1/_2$ Zoll misst, und die mit feiner Seide armirt ist, lege man dichte, unterbrochene Nähte durch die freien Ränder der Lappen und knüpfe in dem Maasse, als man von vorn nach hinten fortschreitet, wobei alle Knoten nasalwärts gelegt werden. (Fig. VII des Originals.)

3. Zweite Naht. Mit derselben Nadel lege man eine unterbrochene Rosshaarnaht an der buccalen Seite des Gaumens und zwar von der Spitze der Uvula nach vorne, und lege die Knoten nur da, wo es ohne Spannung möglich ist. Die Weichtheile des harten Gaumens können gewöhnlich nicht vereinigt werden, ehe der nächste Akt der Operation erledigt ist. (Fig. VIII des Originals.)

4. Schleimhaut-Periost-Lappen. Man setze den linken Zeigefinger auf den Hamulus, und mache mit einem kurzen, starken, weniggekrümmten Messer eine bogenförmige Incision auf der einen Seite, die gerade hinter dem Hamulus beginnt, dann nach abwärts und entlang dem Processus alveolaris verläuft, so weit nach vorne wie nöthig. Blutung verhüte man durch Druck mit dem Finger und Gaze. Dann hebe man schnell den Schleimhaut-Periost-Lappen mit einem starken Periostelevator vom harten Gaumen ab und tamponire die Wunde fest mit Jodoform-Gaze. Auf der gegenüberliegenden Seite verfahre man genau ebenso und knüpfe dann die noch nicht vereinigten Pferdehaarnähte. Die Weichtheile des harten und weichen Gaumen werden sehr schön ohne Zug an den Nähten in ihrer Stellung erhalten. (Fig. IX im Original.) EMIL MAYER.



75) **Augustus König. Adhäsion des weichens Gaumens an der hinteren Rachenwand. (Adhesion of the soft palate to the posterior wall of the pharynx.)** *Philadelphia Medical Journal. 16. Februar 1901.*

Es handelt sich um einen 34jährigen Maschinisten, in dessen Familie weder Tuberkulose noch Carcinom vorgekommen ist. Pat. ist seither nur in der Kindheit an Masern erkrankt gewesen. Im Alter von 11 Jahren trat im Anschluss an Erkältung ein Ulcus im Halse auf, das 8 Monat dauerte und bei seiner Heilung eine Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand herbeiführte, so dass dadurch der hintere Nasenraum völlig abgeschlossen wurde, was zum Verlust des Gehörs führte. An die Operation schloss sich sowohl locale Besserung, wie Hebung des Allgemeinzustands an.

EMIL MAYER.

76) **Francis J. Quinland. Die zerstörende Wirkung hereditärer Syphilis. (The destructive effect of inherited Syphilis.)** *Laryngoscope. März 1901.*

Ein Pat. wurde demonstrirt, der eine völlige Zerstörung des Nasenseptums, Perforation des weichen Gaumens und narbige Adhäsionen der hinteren Rachenwand aufwies.

EMIL MAYER.

77) **Noqnet. Tumor des weichen Gaumens. (Tumor of the soft palate.)** *N. Y. Medical Record. 1. September 1900.*

Ein 3monatlicher Knabe litt an Erstickungsanfällen, die besonders im Schlaf häufiger eintraten. Das Saugen war beeinträchtigt, aber das Schreien zwischen den Anfällen normal. Die Untersuchung ergab einen gestielten Tumor an dem linken freien Rand des Gaumens, der bis zur Zungenbasis reichte. Die Excision nach Hervorziehen mit der Zange war leicht, und obgleich keine Blutung entstand, sah sich Verf. doch angesichts des fibrösen Charakters des Stieles veranlasst, der Vorsicht halber eine Ligatur um ihn zu legen. Alle Symptome verschwanden schnell. Der entfernte Tumor erwies sich als Fibromyxom.

LEFFERTS.

78) **Melville Black. Papillom des weichen Gaumens mit Ausgang in Sarkom. (Papilloma of the soft palate turning into sarcomata.)** *Colorado Medical Journal. April 1901.*

Es handelt sich hier um ein 11jähriges Kind. Zwei grosse Tumoren werden entfernt, und bei der Untersuchung als Papillome erkannt. Nach 4 Wochen trat ein Recidiv auf. Die Untersuchung ergab nun ein Rundzellensarkom. Einen Monat später trat der Tod ein.

EMIL MAYER.

79) **Chaput. Adenomyxome des Gaumens. (Adénomyxome de la voute palatine.)** *Bull. Société Anatom. de Paris. p. 906. November 1900.*

Bei einem 20jährigen Manne hat sich seit etwa 5 Jahren ein Tumor im Munde entwickelt. Derselbe liegt auf der Medianlinie des Gaumens 5 cm weit von der Zahnreihe, ist 3 cm lang und je 2 cm breit und hoch, blauroth, fest und wenig beweglich. Abtragung mit Scheere und Messer. Die abundante Blutung steht nicht auf Cauterisation und macht Tamponade während 6 Stunden nothwendig. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergiebt Adenomyxom mit Gefässerweiterung an einer Stelle.

A. CARTAZ.

80) **Cornil** et **Chaput. Glandulärer Tumor des Gaumens. (Tumeur glandulaire de la voute palatine.)** *Société anatomique. 2. November 1900.*

Ein Tumor, der sich symptomlos im Verlauf eines Jahres in der Medianlinie des Gaumens 5—6 cm hinter der Zahnreihe entwickelt hat. Drüsen sind nicht in Mitleidenschaft gezogen.

Bei der histologischen Untersuchung zeigt der Tumor glanduläre Beschaffenheit, indem er sich aus runden und unregelmässigen Lobuli zusammensetzt, die von Schleimhautgewebe eingefasst sind.

Im Ganzen handelt es sich um ein Adenomyxom, das im Bau an Cylindrom erinnert.

PAUL RAUGÉ.

81) **H. Cordes. Ein myxomatöses Endotheliom des weichen Gaumens. (A myxomatous endothelioma of the soft palate.)** *N. E. Medical Record. 22. September 1900.*

Verf. bespricht einen Fall dieser ziemlich ungewöhnlichen Neubildung und ihre pathologischen Gesichtspunkte. Er hat nur 138 Fälle von Tumoren an dieser Stelle in der Litteratur gefunden und von diesen sind etwa die Hälfte Sarkome, Carcinome, Adenome und nur 4 Endotheliome. Diese Tumoren nehmen ihren Ursprung von der Endothelauskleidung der Gewebsspalten oder Lymph- und Blutgefässe, und sind charakterisirt durch eine ausgesprochene Neigung zu degenerativer Entartung. Es wird fast immer colloide, hyaline oder myxomatöse Metamorphose in geringerer oder grösserer Ausdehnung gefunden, was die Schwierigkeiten der mikroskopischen Diagnose erheblich vergrössert. Die klinischen Erscheinungen sind sehr unbedeutend, und die Geschwulst wird gewöhnlich erst nach mehrjährigem Wachsthum durch einen Zufall entdeckt. Selbst sehr grosse derartige Tumoren sind schmerzlos und verursachen nur mechanische Störungen als Dysphagie, Aphasie, Dyspnoe durch Druck auf die Epiglottis. Im Allgemeinen haben sie keinen bösartigen Typus, keine Neigung zur Metastasenbildung, und recidiviren nicht nach der Entfernung.

LEFFERTS.

82) **Carolus M. Cobb. Cancroid des weichen Gaumens. (Epidermoid cancer of the soft palate.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1900.*

Bei einem 44jährigen Manne nahm ein Tumor die ganze rechte Hälfte des weichen Gaumens inclusive dem ganzen rechten vorderen Gaumenbogen ein. Derselbe war in der Mitte schon ulcerirt und um seine äusseren Partien war eine Anzahl kleiner schwarzer Flecke zerstreut. Mikroskopische Präparate ergaben, dass der Tumor ein Cancroid war. Die Operation wurde abgelehnt. Der Tod trat in Folge von Cachexie nach 11 Monaten ein. Keine Obduktion.

EMIL MAYER.

83) **G. A. Syme** (Melbourne, Victoria). **Sarkom des Gaumens, der Tonsille und des Pharynx. Entfernung durch Incision von aussen, temporären Verschluss der äusseren Carotis, Spaltung des Kiefers. Heilung. (Sarcoma of palate, tonsil and pharynx. Removal through external incision, with temporary occlusion of external carotid and division of jaw. Recovery.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20. April 1901.*

Die verschiedenen Stadien der Operation waren: Incision entlang dem vor-

deren Rand des Sternocleidomastoideus vom Ohrläppchen bis zum Ringknorpel, Hervorziehen der Carotis externa, die leicht abgeklemmt wird, Entfernung der Drüsen entlang dem Sternocleidomastoideus. Dann wird ein Schnitt vom Mundwinkel zum Kieferwinkel geführt bis auf die erste Incision, der Kiefer durchschnitten, die beiden Enden gut zurückgezogen und die Geschwulst entfernt. Nach Entfernung der Klemme konnten dann die eintretenden Blutungen leicht beherrscht werden. Knochen und Weichtheile wurden in der gewöhnlichen Weise vereinigt.

A. T. BRADY.

84) **Catterina. Klinische und anatomisch-pathologische Untersuchung über ein Haemo-Angiosarkom des Gaumensegels. (Studio clinico ed anatomo-pathelogico di un emo-angiosarcoma periteliale dal velo pendulo.)** *Policlinico. Mai 1901.*

Der seit 5 Jahren bestehende Tumor konnte leicht exstirpirt werden und ist nicht recidivirt.

FINDER.

85) **Iruman W. Brophy. Die chirurgische Behandlung des gespaltenen Gaumens. (The surgical treatment of cleft palate.)** *Dominion Medical Monthly. April 1901.*

Die Arbeit ist mit reichlichen Illustrationen versehen, und es sei auf das Original verwiesen.

EMIL MAYER.

86) **J. Wolff** (Berlin). **Ueber die frühzeitige Gaumennaht.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1901. Vereinsbeil. No. 6.*

W. empfiehlt gegenüber allen andern Operateuren die frühzeitige Gaumennaht. Sie sei, wenn nach seinen Anweisungen ausgeführt, nicht gefährlicher, als dieselbe Operation in spätern Jahren, im Gegentheil sogar leichter auszuführen und ungefährlicher, ja er will sie sogar als eine direkt lebensrettende Operation betrachtet wissen, und beweist diese Behauptungen durch zahlreiche Tabellen über die von ihm operirten Kinder.

ZARNIKO.

87) **R. Gersuny** (Wien). **Ueber eine subcutane Prothese.** *Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. 21. p. 200. 1900.*

G. konnte u. A. den Defekt bei einer Gaumenspalte durch Vaselininjection in das Velum schliessen, indem damit gleichsam eine Prothese geschaffen wird. Trotzdem die Infiltration des Velum hier guten Erfolg hatte, möchte G. vorschlagen, in solchen Fällen durch Infiltration der hinteren Pharynxwand eine Prothese nach Analogie der Gummiobturatoren zu erzeugen.

CHIARI.

88) **E. Waggett. Schutzvorrichtung für Untersuchungen von infectiösen Halsentzündungen. (The protection of observers in cases of infectious sore throat.)** *Brit. med. Journ. 23. Februar 1901.*

Ein 6 Zoll grosses, rechteckiges, mit einem Handgriff aus Metall versehenes Stück Glimmer oder Celluloid sollte bei der Untersuchung von infectiösen Halserkrankungen stets vorgehalten werden. (Illustration).

ADOLPH BRONNER.

89) **Gould. Folliculäre Angina. (Follicular tonsillitis.)** *Journal American Medieal Association. 16. Februar 1901.*

Rp. Creosoti 0,65
Tinct. myrrhae
Glycerini ana 32,0
Aq. dest. q. s. ad 128,0
MDS. Als Gurgelwasser oder Spray 4—5mal täglich.

EMIL MAYER.

90) **D. R. Brower. Acute folliculäre Angina. (Acute follicular tonsillitis.)** *Journal American Medical Association. 16. Februar 1901.*

Verf. hatte immer ausgezeichnete Resultate von folgender Medication nach voraufgehender Anwendung eines mercuriellen oder salinischen Abführmittels:

Rp. Kalii chlorati 2,0
Acid. hydrochl. dil. 8,0
Tinct. ferri chloridi 12,0
Glycerini 32,0
Sir. tolutani q. s. ad 96,0
MDS. 2stündlich 1 Theelöffel in Wasser zu nehmen.

EMIL MAYER.

91) **Notiz des Herausgebers. Coupirung der folliculären Angina. (Abortement of follicular tonsillitis.)** *Journal American Medical Association. 16. Februar 1901.*

Spülungen des Halses mit:

Rp. Kalii chlorat. 2,0
Tinct. ferri chloridi
Glycerini ana 10,0
Aq. dest. q. s. ad 32,0
MDS. 2stündl. Spülung des Halses, abwechselnd mit Wasserstoffsuperoxydspülungen. Darnach eine Pastille von Calomel und Natrium bicarbonicum im Munde zergehen lassen.

Gegen Kopfweh, Halsschmerzen etc.:

Rp. Acetanilidi 2,33
Camphorae monobromatae 0,5
Natrii salicyl. 1,0
Extr. hyoscyami 0,12
M. f. caps. No. XV. 1 Kapsel stündlich bis zur Besserung; bis zu 5 Kapseln zu nehmen.

EMIL MAYER.

92) **A. Jordan. Ueber die Anwendung von Formalinglycerin. (On the uses of Formaline in Glycerine.)** *Lancet. 16. Februar 1901.*

2—4 proc. Lösungen von Formalin in Glycerin sind bei folliculärer Angina sehr zweckmässig. Auch zu Mundwaschungen ist diese Lösung empfehlenswerth.

ADOLPH BRONNER.



93) **Hecht. Ein Fall von Angioma simplex varicosum des Gaumensegels und ein Fall von luetischer Pharynxstenose.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 4. 1901.*

Im letztgenannten Falle bestand auch eine Verwachsung der lateralen Zungenpartien mit der hinteren Rachenwand.

SCHECH.

94) **G. Speranski. Fall von ulceröser Angina mit den Stäbchen von Vincent. (Slutschai jaserennoi stabi s palotschkami Vincent.)** *Dietsk. Med. 1900. p. 409.*

95) **G. Speranski. Fall von ulceröser Angina, hervorgerufen durch Spindelbacillen von Vincent. (Slutschai jaserennoi stabi wiswannoi wertannebrasnini palotschkami Vincent.)** *Dietsk. Med. 1900.*

S. giebt eine kurze Beschreibung des Leidens. Das klinische Bild ähnelt sehr der Diphtherie. Auf 80 Untersuchungen hat S. 4mal Spindelbacillen gefunden. Für Kinder kann das Leiden ernst werden. Als Hauptsymptome sind zu verzeichnen: grauer Belag, Schwellung der Mandel und der Unterkieferdrüsen, schlechter Geruch aus dem Munde und schliesslich Bacterien.

P. HELLAT.

96) **J. T. Fox. Ein glücklich verlaufener Fall von Angina Ludovici. (Angina Ludovici; a favorable case.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Verf. berichtet über einen Fall von Angina Ludovici bei einem 15jährigen Knaben, der plötzlich erkrankt war. Die ganze Regio submaxillaris war von einer weichen elastischen, resistenten, fast symmetrischen Schwellung, die an Mumps erinnerte, eingenommen. Die Parotiden waren nicht betheiligt. Am dritten Tage stellte sich eine dicke weisse Pseudomembran auf dem Mundboden ein. Es etablirte sich eine Schwellung an der linken Halsseite und am 7. Tage eine Eiteransammlung, die sich durch eine Incision am Mundboden, nahe den Eckzähnen, entleerte. Die mikroskopische Prüfung des Eiters ergab zahlreiche Mikroorganismen, vornehmlich Staphylokokken und Streptokokken. Nach 14 Tagen war Pat. gesund.

LEFFERTS.

97) **G. G. Ross. Angina Ludovici.** *N. Y. Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Die Erkrankung stellt eine Infection der dicken, lockeren Bindegewebsschichten dar, die den Raum zwischen Kiefergelenk und Muskeln des Mundbodens ausfüllen. Verf. demonstrirt 2 Fälle dieser verhältnissmässig seltenen Affektion. Die klinischen Symptome und pathologischen Vorgänge erinnern so sehr an Erysipel, dass derartige Fälle auf einer chirurgischen Abtheilung isolirt werden sollten.

LEFFERTS.

98) **Arch. D. Jones. Ein Fall von Angina Ludovici. (A case of angina Ludovici.)** *Philadelphia Medical Journal. 9. Februar 1901.*

Verf. berichtet von einer 47jährigen Frau, bei der sich eine schwere Angina Ludovici im Anschluss an eine Zahnerkrankung einstellte. Ob die Infection zurückzuführen war auf die vorausgegangene eitrige Erkrankung eines unteren Backenzahns oder auf Behandlung der Zahnerkrankung mit unreinen Instrumenten durch den Zahnarzt, lässt sich nicht sicher sagen. Durch umgehende Entfernung des Zahnes, gründliche Entleerung des Eiters und Ausspülung der Eiterhöhle wurde ein tödtlicher Ausgang abgewandt und Patientin genas.

EMIL MAYER.

99) **Ficano. Angina Ludovici. (Angina di Ludwig.)** *Bollettino d. Malatt. dell' orecchio etc. Juli 1901.*

Verf. theilt 2 Fälle mit, von denen der eine nach Incision heilte, während der zweite in dem Momente, wo die Operation begann, ganz plötzlich tödtlich endigte, und zwar, wie die Autopsie ergab, weil — wohl in Folge der Streckung, die der Hals in der Operationslage erlitt — sich der Abscess spontan nach dem Munde zu geöffnet hatte und grosse Eitermengen in die Trachea und die tieferen Luftwege geflossen waren.

FINDER.

100) **J. Morgan Jones. Angina epiglottidea anterior.** *Journal American Medical Association. 9. Februar 1901.*

Verf. berichtet hier über einen Fall von acuter Epiglottitis bei einem 21jähr. Mädchen.

EMIL MAYER.

101) **Emil Mayer. Angina, hervorgerufen durch den Friedländer'schen Bacillus. (Angina due to Friedländer's Bacillus.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1900. N. Y. Medical News. 5. Januar 1901.*

Einen ungewöhnlichen Fall von recidivirender Angina berichtet Mayor. Auf der American Medical Association ist bereits 1899 über den Fall, als chronischen Diphtheriefall berichtet worden, jedoch haben erst weitere Untersuchungen ihn aufgeklärt. Es handelt sich um eine 21jährige Frau, bei der seit einigen Jahren zwei- oder dreimal wöchentlich Membranen von 1—2tägiger Dauer im Halse auftreten; dieselben stossen sich dann ganz von selbst ab und hinterlassen einen anscheinend völlig gesunden Boden; sie bedecken den Gaumen, zuweilen den ganzen Pharynx, haben ein weissliches Aussehen und zeigen zahlreiche, feine Perforationen. Die Affektion beginnt jedesmal mit Trockenheit im Halse vor dem Auftreten des Belages. In wenigen Stunden wird die anfangs zarte Membran dick und es stellen sich erhebliche Beschwerden ein, die durch Einrisse in die Membranen erleichtert werden. Nach Abstossung der Membranen hinterbleibt eine geröthete aber nicht blutende Schleimhaut. Genaue bakteriologische Untersuchungen (Dr. Lartigan) ergaben, dass lediglich Friedländer'sche Bacillen zu finden waren. Die Diagnose ist gewöhnlich nicht schwer, da die einzige ebenso symptomlose Affektion auf Leptothrix beruht, der leicht zu erkennen ist. Die Behandlung scheint erfolglos, aber in dem vorliegenden Fall war eine alkoholische Orthoformlösung wohlthätig.

LEFFERTS.

102) **W. T. Bissell. Drei Variationen von membranöser Angina, hervorgerufen durch andere Mikroorganismen als durch den Klebs-Löffler-Bacillus und ihre gesundheitliche Bedeutung. (Three varieties of membranous anginas product by mikroorganisms other than the Klebs-Löffler Bacillus and their sanitary significance.)** *N. Y. Medical News. 5. Januar 1901.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Der Streptococcus pyogenes und der Mikrococcus des Septicaemiesputums kann membranöse Angina hervorrufen unter schweren sogar tödtlich verlaufenden Krankheitserscheinungen. 2. Oidium albicans macht pseudomembranöse Exsudationen, die leicht mit Klebs-Löffler'scher Entzündung verwechselt werden können. 3. Der einzig sichere Weg

zur Feststellung, ob eine Klebs-Löffler'sche Infektion vorliegt, ist die mikroskopische Untersuchung. 4. Vom gesundheitlichen Standpunkt, bezüglich der event. Quarantaine, haben Anginen durch Infektion mit Streptococcus pyogenes, Micrococcus des septicaemischen Sputums, sowie Oidium albicans, wenig Bedeutung.

LEFFERTS.

103) **Notiz des Herausgebers. Membranöse Angina auf Grund von Infection mit nicht diphtheritischen Bacillen. (Membranous angine due to other Micro-organisms than diphtheria bacilli.)** *Journal American Medical Association. 16. Februar 1901.*

Sogenannte Pseudomembranen sind keineswegs immer diphtheritischen Ursprungs und durch heisse oder ätzende Flüssigkeiten hervorgerufen worden. Sie brauchen sogar nicht einmal bakteriellen Ursprungs zu sein, sondern können auch durch Streptokokken bei Scharlach, sowie durch Oidium albicans entstehen.

EMIL MAYER.

104) **Joncheray. Angina lingualis phlegmonosa. (Amygdalite linguale phlegmoneuse.)** *Arch. méd. d'Angers. 20. Februar 1901.*

An der Hand eines beobachteten Falles resumirt Verf. die Symptomatologie dieser seltenen Erkrankung:

Unbewegliche Zunge trotz weichen Mundbodens und Abwesenheit aller auf Angina Ludovici hinweisenden Symptome; Schmerz am Cornu magnum des Zungenbeins. Drüsenschwellungen, ausstrahlender Schmerz nach dem Ohre, Schluckbeschwerden, besonders bei Aufnahme fester Nahrung. Dyspnoe ist dabei selten und spricht für Ausdehnung auf Epiglottis und Larynx.

Palpation und Spiegeluntersuchung führen zur Diagnose.

Die Behandlung des Verf.'s bestand in Abtragung der Tonsille mit der Escat-schen Zange und Drainirung des Abscesses.

PAUL RAUGÉ.

105) **Athanasiu. Acute ulcero-membranöse Angina mit fusiformen Vicent'schen Bacillen und Spirillen bei Kindern. (Angina ulcéro-membraneuse aiguë à bacilles fusiformes de Vincent et spirilles chez les enfants.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Die seitherigen Publikationen beziehen sich zumeist auf erwachsene und jugendliche Personen. Verf. hat nun Studien über diese seit einiger Zeit genugsam bekannte Affektion bei Kindern angestellt.

PAUL RAUGÉ.

106) **Hecht** (München). **Vincent'sche Angina.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 3. 1901.*

Demonstration von Präparaten in der laryngo-otologischen Gesellschaft, Symbiose von Spirillen und Stäbchenbakterien, letztere mit Sporenbildung.

SCHECH.

107) **Carnot** und **Fournier. Ueber einen Fall von Angina mit Bacillus fusiformis. (Sur un cas d'angina à bacilles fusiformes.)** *Société de biologie. 9. Februar 1901.*

Die Erkrankung entwickelte sich hier im Anschluss an einen Zahnabscess.

Die Ulcerationen auf den Mandeln enthielten spindelförmige Bacillen und Spirillen. Die Bacillen wuchsen auf asciteshaltigem Nährboden.

Bei der intraperitonealen Impfung anf Meerschweinchen starben die Thiere nach 8 Tagen, und die Bacterien in der Peritonealflüssigkeit wiesen zum Theil den Character der spindelförmigen Bacillen auf. PAUL RAUGÉ.

108) **Teysseyre. Beitrag zum Studium der Hodenerkrankungen im Verlauf der acuten Anginen. (Contribution à l'étude des manifestations testiculaire dans les amygdalites aiguës.)** *Thèse de Paris. 1900.*

T. bespricht das Vorkommen von Hodenerkrankungen, die im Verlauf von Anginen auftreten und gutartigen Verlauf zeigen. PAUL RAUGÉ.

109) **Marfan. Sollen Mandelabscesse eröffnet werden? (Faut-il ouvrir les abscès amygdaliens?)** *Le Bulletin Médical de Quebec. 1901.*

Verf. setzt auseinander, dass Retropharyngealabscesse keine Neigung zur Ruptur und Selbstentleerung haben und daher eröffnet werden müssen; Tonsillenabscesse dagegen entleeren sich stets von selbst und brauchen deshalb nicht eröffnet zu werden. (Und die Leiden der Patienten, die durch rechtzeitige Eröffnung oft genug bedeutend verkürzt werden können? Red.) Gurgelungen, Chinin und Antipyrin innerlich genügen nach seiner Ansicht. EMIL MAYER.

110) **Nikitin. Zur Frage über die operative Behandlung chronischer Amagdalitiden.** *Mon. f. Ohrenheilkde etc. No. 8. 1900.*

N. beschreibt zuerst die Mandelpfröpfe in ihrer Entstehung und Symptomatologie und wendet sich dann zur Behandlung chronischer Amygdalitiden mittelst Cauterisation der Lacunen oder Schlitzung oder Entfernung von Drüseninseln mittelst Heryng-Krause'scher Doppelcurette oder Hartmann's Conchotom. N. beschreibt ein von ihm construirtes aus zwei ineinandergreifenden Ringen bestehendes Instrument behufs Verkleinerung der Mandeln. SCHECH.

111) **Buterelli und Calamide. Ueber die ätiologische Bedeutung der Blastomyceten-Formen in den Tonsillen. (Sul significato eziologico delle forme blastomycetiche nelle tonsille.)** *Giornale d. R. Academia d. Medicina di Torino. Mai 1901.*

Verf. haben sich bei ihren Untersuchungen, die an 50 Tonsillen, darunter 12 normalen, angestellt wurden, nicht darauf beschränkt, die verschiedensten histologischen Untersuchungs- und als specifisch bezeichneten Färbungsmethoden anzuwenden, sondern haben sich bemüht, den Nachweis der Blastomyceten auf culturellem Wege zu führen. Was das Gelingen dieses Nachweises, auf den Verf. mit Recht grossem Werth legt, anbetrifft, so ist es ihnen unter 44 Fällen, bei denen das Culturverfahren eingeschlagen wurde, nur 4 mal gelungen, Blastomyceten zu isoliren, die zweifelslos nicht aus der Umgebung oder von der Oberfläche der Tonsillen entstammten, sondern aus dem adenoiden Gewebe selbst. Auffallend ist demgegenüber, dass der histologische Nachweis der sogenannten Blastomyceten fast constant sowohl in normalen, wie in hypertrophischen Tonsillen gelang. Sehr mit Recht sehen daher die Verf. dieses Missverhältniss als einen Beweis dafür an, dass die vermeintlichen Blastomyceten nichts anderes sind, als Degenerationsproducte,

umsomehr als auch die zur Unterscheidung empfohlenen Färbemethoden, insbesondere die von Pelagatti, häufig im Stich lassen. Auch war in den vier Fällen, in denen eine Züchtung von Blastomyceten gelang, bei Impfversuchen eine pathogene Wirkung derselben so gut wie garnicht nachzuweisen. FINDER.

112) **Notiz des Herausgebers. Die Tonsillen als Eingangspforte für rheumatische Erkrankungen. (The tonsils as a portal for rheumatic infection.)** *Journal American Medical Association. 19. Januar 1901.*

Die Tonsillen scheinen nicht nur für Gelenkinfectionen, sondern auch für Infectionen des Myocards Eingangspforte werden zu können, und wahrscheinlich auch für andere kryptogenetische Infectionen. Die Tonsilleninfection kann schon längere Zeit bestehen, sogar abgeheilt sein, bevor die Secundärinfection zu Tage tritt. Letztere kann so leicht und so vorübergehender Natur sein, dass man garnicht auf sie aufmerksam wird. EMIL MAYER.

113) **Julius Ullmann. Die Tonsillen als Eingangspforte für Infection. (The tonsils as portals of infection.)** *Medical News. 26. Januar 1901.*

Die normale Tonsille stellt eine Schutzvorrichtung dar, die kranke begünstigt die Ansiedelung von Infectionsträgern. Viele schwere Infectionskrankheiten haben die Tonsillen zum Ausgangspunkt: Acuter Gelenkrheumatismus, Endocarditis und Chorea, sowie wo Darmulcerationen nicht nachweisbar sind, Scrophulose und Tuberkulose. In vielen Fällen von fieberhaften Erkrankungen unbestimmten Ursprungs würde die bacteriologische und histologische Untersuchung der Tonsillen vielleicht Aufklärung bringen. LEFFERTS.

114) **St. Clair Thomson. Rheumatisches Fieber und Halserkrankungen. (Rheumatic fever in relation to the throat.)** *N. Y. Medical Record. 9. März 1901.*

Zweifellos gehen einer grossen Zahl von acuten Rheumatismen Anginen voraus (30—80 pCt.). Beide Erkrankungen haben auch zahlreiche gemeinschaftliche aetiologische Momente. Jedoch sind die gegenseitigen Beziehungen der beiden Erkrankungen noch nicht ganz klar gestellt. Die Tonsille kann, auch ohne sichtbare Veränderungen, Eingangspforte für Infectionen geworden sein. LEFFERTS.

115) **Carolus M. Cobb. Ein Fall von septischem Rheumatismus tonsillären Ursprungs. (A case of septic Rheumatism of tonsillar origin.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. April 1901.*

Ein 6jähriger Knabe erkrankte im Anschluss an einen Nasen- und Halskatarrh an Rheumatismus. Bei der Entfernung der rechten Tonsille wurde gleichzeitig ein kleiner Abscessherd mit einem Theelöffel voll Eiter entdeckt und mitentfernt. Damit glaubt Verf. einem Recidiv des Rheumatismus vorgebeugt zu haben.

EMIL MAYER.

116) **Mongardi. Ueber zwei Fälle von Lymphadenie der Tonsillen. (Sur deux cas de lymphadénie de l'amygdale linguale.)** *Revue hébdomadaire de Laryng., Rhinol., Otol. No. 14. 6. April 1901.*

Titel giebt den Inhalt. E. J. MOURE.



117) **Cheroids Ferreri. Ein Fall von acuter Leukämie tonsillären Ursprungs. (A case of acute Leukemia of tonsillar origin.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Februar 1901.*

Verf. schliesst daraus, dass die Lymphdrüsen und die Milz nicht wie gewöhnlich betheiligt werden, dagegen die Tonsillenaffection im Vordergrund stand, darauf, dass die Tonsillen einen wichtigen ätiologischen Faktor in der Erkrankung darstellen.

EMIL MAYER.

118) **M. T. D. Dantzler. Tonsillitis.** *N. Y. Medical Record. 16. Februar 1901.*

Rp. Tinct. guaiaci amm.
Tinct. cinchon. comp. ana 24,0
Kalii chlorat. 8,0
Mellis 24,0
Acaciae 9,5
Aquae q. s. ad 120,0
MDS. 1 Theelöffel in etwas Wasser 3—4 mal täglich als Gurgelwasser. Auch innerlich zu nehmen.

LEFFERTS.

119) **Notiz des Herausgebers. Acute Tonsillitis.** *N. Y. Medical Record. 2. März 1901.*

Rp. Chinin. sulf. 10,0
Acid. sulfur. dil.
Tinct. aconiti ana 10,0
Sirup. cerisii 30,0
Aquae q. s. ad 100,0
MDS. 3,0 in Wasser alle 6 Stunden für einen Erwachsenen.
Rp. Spts. chlorof. 12,0
Eucalyptoli
Glycerini ana 4,0
Acid. tannici 0,21—0,3
MDS. 3mal täglich local zu appliciren.

LEFFERTS.

120) **Cheveller. Behandlung des Tonsillitis. (Treatment of tonsillitis.)** *Journal American Medical Association. 16. März 1901.*

Verf. behandelt alle Formen von Angina mit folgendem Gurgelwasser:
Rp. Natrii salicyl. 8,0
Aquae menth. pip. 192,0
MDS. Mehrmals täglich zum Gurgeln.

EMIL MAYER.

121) **Ch. J. Hope. Tonsillitis und ihre Behandlung. (Tonsillitis and its treatment.)** *Medical Council. Philadelphia 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



122) **Neumeier. Pastillen gegen Halsschmerzen. (Pastilles for painful affections of the throat.)** *N. Y. Medical Jaurnal. 9. März 1901.*

Rp. Borax 0,1
Cocaini 0,002
Antipyrini 0,2

M. 4—8 Pastillen täglich für den Erwachsenen, kleinere Dosen für Kinder.

LEFFERTS.

123) **H. Hardcastle. Mycosis tonsillaris.** *Maryland Medical Journal. April 1901.*

Verf. hat 4 Fälle bei Männern von 20—30 Jahren beobachtet, und demonstrirt sehr deutlich mit Gentianaviolett gefärbte Präparate. Er ist der Meinung, dass man bei der Harmlosigkeit des Zustandes, denselben sich selbst überlassen kann.

EMIL MAYER.

124) **Prota. Maligne Tumoren der Tonsillen. Ein klinisch-histologischer Beitrag von 12 Fällen. (Tumori maligni delle tonsille. Contributo clinico-istologico di 12 casi.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. Juli 1901.*

Wenn man bedenkt, wie verhältnissmässig selten primäre maligne Neubildungen an den Tonsillen sind, wird man zugeben müssen, dass Verf. ganz besonders vom Glück begünstigt gewesen ist, da es ihm möglich war, innerhalb von 4 Jahren 12 derartige Fälle eigner Beobachtung zu sammeln. Leider ist die Beobachtungsdauer bei einigen dieser Fälle so kurz — sie beschränkt sich zum Theil nur auf eine Untersuchung, da die Patienten dann fortblieben — dass für eine genaue statistische Bewerthung diese Fälle doch wohl kaum in Betracht kommen können. Dazu kommt, dass auch eine einmalige histologische Untersuchung, wenn sich nicht eine länger dauernde klinische Beobachtung daran knüpft, bisweilen keine absolute Sicherheit giebt: wie schwer, ja, manchmal fast unmöglich ist z. B. die histologische Stückchendiagnose eines Rundzellensarkoms oder Lymphosarkoms gerade an der Tonsille!

Von den mitgetheilten 12 Fällen, davon 7 Weiber und 5 Männer betreffen, sind nach Angabe des Verf.'s 2 Sarkome, 5 Lymphosarkome, 2 Carcinome und 3 Epitheliome. Als letztere bezeichnet Verf. solche epithelialen Neubildungen, bei denen sich Epithelzellen nur eines Typus finden — in dem einen histologisch untersuchten der 3 Epitheliomfälle handelte es sich um Pflasterzellen — im Gegensatz zu dem Carcinom, bei dem der Polymorphismus der Epithelzellen charakteristisch ist.

FINDER.

125) **J. W. Morrison. Instrumente zur Excision der Zungentonsillen. (Lingual tonsil scissors.)** *Maritime Medical News (Halifax). Januar 1901.*

Das Instrument stellt eine Combination der Asch'schen Septumzange und der gewöhnlichen gekrümmten Uvulascheere dar.

EMIL MAYER.

126) **Ch J. Orr. Entfernung der Tonsillen unter besonderer Berücksichtigung des Farlow'schen Instrumentes. (Removal of tonsils with special reference to the use of the Farlow Punch.)** *St. Louis Courier of Medicine. Januar 1901.*

Das Instrument ist besonders da werthvoll, wo die Tonsillen zwar hyper-

trophisch aber noch flach sind und nicht leicht von dem Ring des Tonsillotomes gefasst werden können, ferner in Fällen, wo Verwachsungen an den Gaumenbögen vorhanden sind, und schliesslich nach voraufgegangener Anwendung der Guillotinenschlinge.

EMIL MAYER.

127) **F. C. Cobb. Peritonsillarabscess. (Peritonsillar Abscess.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 31. Januar 1901.*

Auch in Fällen wo hochgradige Schwellungen nicht vorhanden sind, muss doch vorderer und hinterer Gaumenbogen sorgfältig untersucht werden. Findet sich eine Schwellung am hinteren Gaumenbogen hinter den Krypten der Tonsillen, so muss mit der Sonde auf Fluctuation geprüft und wenn solche vorhanden, unter Cocain ein Einstich in die fluctuirende Schwellung gemacht werden. Auf diese Weise leidet der Patient fast gar nicht und die Heilung geht schnell von statten.

Bei anscheinend normalem vorderen Gaumenbogen findet sich doch zuweilen eine leichte Hervorwölbung an der Verbindungsstelle mit der Tonsille. Mit geringer Incision nach vorausgehender Cocainisirung lässt sich dann oft reichlich Eiter entleeren.

Findet sich kein auf Eiterung hinweisendes Zeichen an den Gaumenbögen, so muss sich der Verdacht auf die Fossa supratonsillaris richten. Das Messer muss stets mit grosser Vorsicht geführt werden, weil hier grosse Gefässe verlaufen, deren Verletzung schon zu tödtlichem Ausgang geführt hat. Vor allem ist da die Arteria tonsillaris zu berücksichtigen. Die in Betracht kommenden Gefässe treten in die Tonsille von ihrer Basis her ein, und wir müssen ihnen beim Operiren zwischen Tonsille und Gaumenbögen aus dem Wege gehen. Wenn wir daher im vorderen und hinteren Gaumenbogen keinen Eiter finden, gehen wir am besten in die Fossa supratonsillaris ein und vermeiden zu weit nach abwärts zu kommen. Um den Eingriff möglichst schmerzlos zu machen, soll Cocain angewandt werden, entweder submucös oder äusserlich auf die Schleimhaut.

EMIL MAYER.

128) **Walter F. Chappell. Blutungen aus einem circumtonsillären Abscess. (Haemorrhage from a circumtonsillar abscess.)** *N. Y. Medical Journal. 2. März 1901.*

Vier Tage nach Incision des Abscesses stellten sich bei dem Patienten plötzlich Schmerzen ein und nach wenigen Minuten eine beträchtliche Blutung, die nach Application von Gerbsäure stand; vier Stunden später eine zweite noch stärkere Blutung, die ebenfalls nach Gurgeln mit Adstringentien aufhörte. Im Urin fand sich gleichzeitig Albumen, Epithelzellen, Eiter und granulirte Cylinder. Nach einiger Zeit trat eine dritte starke Blutung auf, die länger andauerte. Bei der darauffolgenden Untersuchung fand sich das Tonsillargewebe und seine Umgebung geschwollen und schmerzhaft. Aus der Incisionsstelle kam noch etwas Blut und die Abscesshöhle war mit Blutcoagulis erfüllt. Es wurde nun eine breite Incision durch die Vorderfläche des weichen Gaumens gemacht und soweit nach hinten vorgegangen, bis man in die Abscesshöhle kam. Nach Auswaschen mit Wasserstoffsuperoxyd sah man die Arteria pharyngea ascendens an der äusseren unteren Wand der Höhle verlaufen. Irgend welche Ulcerationen an der Arterien-

wand liessen sich bei vorsichtiger, natürlich nur schonender Untersuchung nicht feststellen. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze ausgepackt und der Patient zu Bett gebracht. Während der nächsten 10 Tage wurde die Tamponade täglich erneuert, worauf die Wunde heilte, ohne dass noch einmal eine Blutung auftrat.

LEFFERTS.

129) **Notiz des Herausgebers. Gefahren des Peritonsillarabscesses. (The danger from peri-tonsillar abscess.)** *Medical Council. April 1901.*

Die Gefahren bestehen hier in schweren Blutungen aus einem grossen Blutgefäss, das bei der Incision oder durch Ulceration beschädigt werden kann.

EMIL MAYER.

130) **A. C. Bardes. Rectalernährung bei Halserkrankungen. (Rectal feeding in throat diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 6. April 1901.*

Die Vorzüge der Rectalernährung in solchen Fällen sind: 1. Der Hals ist ruhig gestellt und damit reizenden Einwirkungen entzogen. 2. Dem Widerstehen gegen Nahrungsaufnahme bei Kindern ist dadurch wirksam begegnet. 3. Die Halserkrankung wird abgekürzt. 4. Die Gefahr des Fehlschluckens wird beseitigt. 5. Die Einfuhr jeder wünschenswerthen Nahrung oder Stimulantien ist dadurch ermöglicht. 6. Die Nahrungszufuhr ist nicht unterbrochen, wie das sonst bei Schluckschmerzen der Fall ist.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

131) **Louis Cobbett. Diphtherie beim Pferde. (Diphtheria in the horse.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Januar 1901.*

Verf. glaubt auf Grund seiner Studien, dass Pferde für Diphtherie empfänglich sind und zur Verbreitung der Erkrankung beitragen können.

LEFFERTS.

132) **Notiz des Herausgebers. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. Januar 1901.*

Abermalige statistische Erhebungen Mc. Collom's und Park's über obigen Gegenstand.

EMIL MAYER.

133) **J. Zuhr** (Rumänien). **Ein Fall von Morbilli pemphigoidei mit Diphtheritis.** *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 1.*

Die Diagnose Diphtherie ist bakteriell nicht festgestellt. Im Uebrigen handelt es sich um Bläschenbildung auf Masernflecken.

CHIARI.

134) **W. Ebstein. Anfälle von Apnoe bei diphtherischer Lähmung. (Attacks of apnoe in diphtheritic paralysis.)** *N. Y. Medical Record. 8. Januar 1901.*

Verf. beobachtete bei einem 10jährigen Mädchen mit postdiphtherischer Rachen-, Zungen- und Recurrenslähmung, sowie ungleicher Accomodation und allgemeinen Schwächeerscheinungen plötzlich auftretende Anfälle von schwerer Dyspnoe mit nachfolgender Apnoe, die sich während mehrerer Wochen häufig wiederholten. Der zweite derartige Anfall dauerte 34 Stunden lang. Hier wie in

den übrigen Anfällen wurde künstliche Athmung (Sylvester's Methode) ausgeführt.

LEFFERTS.

135) **Gabritschewsky** (Moskau). **Zur Prophylaxe der Diphtherie.** *Zeitschrift f. Hygiene. XXXVI. Bd. 1. Heft. 1901.*

Die von G. über die Prophylaxe der Diphtherie aufgestellten Thesen enthalten insbesondere Hinweise auf die bakteriologische Untersuchung von solchen Individuen, welche an Diphtherie erkrankt waren, sowie von Gesunden, welche mit diphtherisch Erkrankten zusammenlebten. Weiterhin soll eine möglichste Isolirung der Kranken stattfinden, in den Kinderspitälern auf Diphtheriebacillen alle Kinder, besonders von Masern, Scharlach und Tuberculose behaftete untersucht werden. In Schulen, Asylen, Pensionen und Familie, wo Diphtherie aufgetreten, soll eine Massenuntersuchung der Rachen- und Nasenhöhle ausgeführt und alle Inficirten im Verlaufe einer durch die bakteriologische Untersuchung festgesetzten Frist isolirt werden.

SEIFERT.

136) **D. Galatti** (Wien). **Der Erfolg der Serumtherapie bei der diphtheritischen Larynxstenose.** *Wien. med. Wochenschrift. 1901. No. 2 u. 3.*

Aus dem Beobachtungsmateriale geht hervor, dass es durch die Serumtherapie öfter gelingt, sonst der Intubation verfallene Kranke der Operation zu entreissen, dass weiter die Serumtherapie die Sterblichkeit der Intubirten enorm herabsetzt und auch die Intubationsdauer bedeutend abkürzt.

CHIARI.

137) **Henry F. Koester. Ergebnisse sechsjähriger Erfahrungen mit der Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (Conclusions formed after six years experience with the antitoxin treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. Januar 1901.*

Verf. vertritt den Standpunkt, dass das Antitoxin ein sicheres Heilmittel für Diphtherie darstellt, wenn es zeitig und in richtigen Dosen gebraucht wird.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

138) **Max Thorner. Die directe Untersuchung des Larynx bei Kindern. (The direct examination of the larynx in children.)** *N. Y. Medical Journal. 10. März 1900.*

Verf. hat Versuche angestellt über die verschiedenen Methoden der Larynxuntersuchung bei kleinen Kindern. Nach seiner Erfahrung leisten die directen Untersuchungsmethoden mehr als die gewöhnlichen. Ein ausgezeichnetes Bild des unteren Pharynx, des sogenannten Hypopharynx, sowie der Epiglottis und zum Theil auch des Vestibulums giebt in allen Fällen die Kirstein'sche Methode. In vielen Fällen können wir damit auch die Aryknorpel sehen. Mehr zu sehen, zum Beispiel die Taschenbänder, ist gewöhnlich schwierig, zuweilen unmöglich. In äusserst seltenen Fällen bekam Verf. so die Glottis zu Gesicht.

Eine weitere Anzahl von Kindern im Alter von 18 Monaten bis zu 9 Jahren, wurde mit Escat's Spatel — in directer Inspection ohne Kehlkopfspiegel — untersucht. Die Kinder werden dabei in ähnlicher Stellung mit vorwärtsgestrecktem

Kopf gebracht, wie bei der Autoscopie. In dem Augenblick, wo die kleinen Patienten nun tief Luft holen, bekommt man einen guten Ueberblick über das Vestibulum laryngis. Zuweilen kann man noch mehr sehen, aber nur selten die Glottis.

Verf. ist der Ansicht, dass die Anwendung dieser directen Untersuchungsmethoden bei kleinen Kindern einen Schritt nach Vorwärts bedeutet, besonders in Anbetracht dessen, dass wir oft unsere ganze Diagnose und Therapie nur auf die Symptome zu basiren vermochten. LEFFERTS.

139) **Richon. Fremdkörper in den Bronchien. (Corps étranger des bronches.)** *Revue médicale de l'Est. 1. Februar 1901.*

Bei der Autopsie eines Kranken, der an Lungengangrän gestorben war, fand sich im linken Bronchus direct unterhalb der Bifurcation ein Knochenfragment, welches die Schleimhaut ulcerirt hatte. Die Anamnese hatte durchaus keinen Anhaltspunkt für die Zeit oder die Art des Eintritts des Fremdkörpers in die Luftwege ergeben. PAUL RAUGÉ.

140) **Cavaillon** (Lyon). **Fremdkörper im rechten Bronchus. (Corps étranger de la bronche droite.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 6. Februar 1901.*

Ein Mann von 31 Jahren hatte ein Stück von einem Pfeifenstiel verschluckt. Das einzige sofort einsetzende Symptom war ein Hustenanfall mit Dyspnoe. Einige Monate später starb der Kranke an Lungentuberculose. Weder Untersuchung der Bronchien nach der Killian'schen Methode durch Garel, noch Radiographie vermochten während des Lebens einen Aufschluss über den Sitz des Fremdkörpers zu geben. Erst bei der Autopsie entdeckte man ihn in dem rechten unteren Bronchus $1^1/_2$ cm weit von der Bifurcation in Form eines Stückes Ebenholz von 3 cm Länge. Der zu diesem Bronchus gehörige Lobus der Lunge wies keine Atelectase auf. Infolge seiner kanülenartigen Form hatte der Fremdkörper gewissermassen eine Art von Intubation gemacht. Die Doppelseitigkeit der Lungenaffection wies darauf hin, dass der Fremdkörper keinen deutlichen Einfluss auf den Ausbruch und den Gang der Tuberculose gehabt hatte. PAUL RAUGÉ.

141) **Samuel Lile. Ein Nagel im linken Bronchus. (A wire nail in the left bronchial tube.)** *Virginia Medical Semi Monthly. 8. Februar 1901.*

Der Sitz des Nagels wurde radioskopisch festgestellt, und dann die Zange eingeführt. Nach einigen Versuchen wurde ein rostiger Nagel aus dem linken Bronchus entfent. Es erfolgte Genesung. EMIL MAYER.

142) **J. Garel. Ein 2 Monate im rechten Bronchus eingebetteter Nagel; radioskopische Diagnose; Entfernung mit dem Elektromagneten. Heilung. (A nail in the right bronchus for two months; diagnosis by radiography; removal by the elektro-magnet; cure.)** *N. Y. Medical Record. 23. Februar 1901.*

Ein 18 monatliches Kind hatte vor 2 Monaten einen Nagel verschluckt, und litt nun an hartnäckigem Husten infolge der andauernden Reizung der Bronchien durch den Fremdkörper. Mit Röntgenstrahlen wurde bestätigt, dass er im rechten Bronchus sass mit der Spitze nach unten und dem Kopf nach oben.

Es wurde nun die Tracheotomie ausgeführt und nach zahlreichen erfolglosen Versuchen, den Fremdkörper aushusten zu lassen oder mit der Zange zu fassen, wurde er mühelos und rasch mit dem Electromagneten entfernt. Er hatte eine Länge von 53 mm. Die Genesung verlief ungestört, ohne dass irgend welche Störung hinterblieb.

LEFFERTS.

143) **A. W. de Roaldes. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in air passages.)** *N. Y. Medical News. 23. Februar 1901.*

An der Hand von 16 Fällen betont Verf., dass die 12 geheilten Fälle alle operirt worden waren, dagegen in den 4 Todesfällen die Operation verweigert worden war. Er verlangt deshalb eine möglichst frühzeitige chirurgische Intervention, vor allem um Schwellung, Ulcerationen und Infectionen der Schleimhaut in Folge zu langen Verweilens von Fremdkörpern in den Luftwegen vorzubeugen. Die Tracheotomie mit nachfolgender Extraction ist hier die geeignetste Operation, nach vorheriger Feststellung des Fremdkörpers im Röntgenbild.

Bei metallischen Fremdkörpern empfiehlt Verf. die Verwendung von Magneten, insbesondere des Haab'schen Riesenmagneten, der entweder vor dem Mund des Patienten oder vor seine Trachealwunde gehalten wird, je nach der Lage des Fremdkörpers.

LEFFERTS.

144) **F. Baldwin. Ein Fall von Fremdkörper im Bronchus. Tracheotomie. Heilung. (A case of foreign body in the bronchus; tracheotomy; recovery.)** *British Medical Journal. 13. April 1901. N. Y. Medical Journal. 13. Juli 1901.*

Ein 5jähriger Knabe bekam beim Verzehren einer Buchecker einen plötzlichen Erstickungsanfall. Es stellte sich eine beiderseitige Adductorenlähmung ein und fehlendes Athemgeräusch über einem kleinen Bezirk auf der linken Lunge. Die Respiration stieg auf 40 und es wurde Tracheotomie vorgenommen. Am nächsten Tage war die Athmung noch schlecht. Zwei Tage später fanden sich zwei kleine Stücke von der Schale der Frucht im Verbande. Langsame Reconvalescenz.

ADOLF BRONNER.

145) **G. Diehls. Ein ungewöhnlicher Fall von Fremdkörper in der Trachea. (An unusual case of foreign body in the trachea.)** *N. Y. Medical Record. 27. April 1901.*

Patient hatte schon 2 Tracheotomien durchgemacht, die eine war eine selbstausgeführte im Suicidium, die zweite war wegen diphtheritischer Obstruction angelegt worden. Wegen Narbencontractionen musste er dann eine Dauerkanüle tragen. Diese wurde eines Tages beschädigt und ihr Schutztheil zerbrochen; bis zur Herstellung eines neuen Kanüle trug Patient noch die zerbrochene. Dieselbe gerieth eines Tages in einem Hustenanfalle in den linken Bronchus und konnte auch mit Instrumeuten nicht mehr zu Tage gefördert werden. Schon war die Ausführung einer dritten Tracheotomie bestimmt, da wurde das Corpus delicti in einem plötzlichen Hustenanfall herausgeschleudert.

LEFFERTS.

146) **W. J. Hayward** (Adelaide, Süd-Australien). **Ein Fremdkörper in dem Respirationstractus. (A foreign body in the respiratory tract.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1901.*

Verf. theilt die Krankengeschichte einer Frau mit, die seit 2 Jahren einen Fremdkörper, und zwar einen Knochensplitter, in den Luftwegen hatte, ihn aushustete und so zur Heilung kam. Sie hatte bis dahin nichts von dem Fremdkörper erwähnt; während derselbe in den Bronchien war, litt sie an Athembeschwerden und schleimig-eitrigem Auswurf; und das Auftreten eines Empyems hatte die Resection von 2 Rippen und Drainage nothwendig gemacht. A. T. BRADY.

147) **J. W. Corbin** (Adelaide, S.-Australien). **Fall von Fremdkörper im Bronchus. (Case of foreign body in the bronchus.)** *Australasian Medical Gazette. 30. Mai 1901.*

Verf. behandelte seit 3 Monaten eine Frau, die wegen Bronchialkatarrh zu ihm gekommen war. Da bekam sie plötzlich einen Hustenanfall, in dem sie fast erstickte und danach waren alle physikalischen Symptome von der rechten auf die linke Thoraxseite übergegangen. Jetzt sprach Patientin zum ersten Mal davon, dass sie einen Knochen verschluckt hatte. 2 Wochen später hustete sie ein kugelig geformtes, etwa 1 Zoll im Durchmesser betragendes Stück von einem Wirbelknochen eines Schafes aus. A. T. BRADY.

148) **H. Milton. Entfernung von Fremdkörpern aus dem Bronchus durch intrathoracische Tracheotomie. (Removal of a foreign body from the bronchus by intrathoracic tracheotomy.)** *N. Y. Medical Record. 9. Februar 1901. N. Y. Medical Journal. 16. Februar 1901.*

Verf. beschreibt einen Fall von Incisio thoracica anterior mediana wegen Fremdkörpers im rechten Bronchus. Pat. hatte einige Jahre zuvor eine Tracheotomie wegen luetischer Stenose des Larynx durchgemacht, wobei die äussere Kanüle in die Trachea gefallen war. Sie wurde mit Erfolg entfernt. Anfangs ging es gut, aber am zweiten Tag starb Pat. an Sepsis. LEFFERTS.

149) **Paul J. Ewe. Entfernung von Fremdkörpern aus der Trachea. (Removal of foreign bodies from the trachea.)** *Southern Practitioner. Mai 1901.*

Eine 2 Zoll lange Nadel mit Glaskopf war in diesem Fall in die Trachea gerathen, und ihr Sitz durch Röntgenstrahlen bestimmt worden. Der Glaskopf wurde zertrümmert und die Nadel dann extrahirt. Einige Tage später wurden die Glassplitter ausgehustet. EMIL MAYER.

150) **De Forest Willard. Entfernung von Fremdkörpern aus Trachea und Bronchus. (Removal of foreign bodies from the trachea and bronchi.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1901.*

Verf. bespricht die klinischen Erscheinungen, die Folgezustände, die Gefahren und die Behandlung von Fremdkörpern in Luftröhre und Bronchien und kommt dabei zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Da die Fremdkörper durch den Larynx eingetreten sind, können sie zuweilen auch wieder auf demselben Weg heraus. Deshalb soll man versuchen, den Patienten umzukehren, aber immer alles zur unverzüglichen Tracheotomie bereithalten. 2. Die Röntgenstrahlen sind hier oft

von grossem Werthe. 3. Tracheotomie ist der operative Schritt. 4. Der darauffolgende die Bronchoscopie. 5. Ansaugungsversuche; Magneten. 6. Länger ausgedehnte Anwendung von Instrumenten ist zu widerrathen. 7. Die Lungen müssen sorgfältigst untersucht werden. 8. Die Brustwand soll nur dann eröffnet werden, wenn man den ganzen dazu nothwendigen instrumentellen Apparat zur Hand hat.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

151) **Hans Kohn** (Berlin). **Zum Thymustod.** *Deutsche med. Wochenschr. 1901. No. 2.*

Der „Thymustod" ist entweder durch Compression der Trachea oder durch Schwächung des Herzens in Folge von lymphatischer Constitution (Paltauf, Escherich) erklärt worden. Verf. hat einen Fall beobachtet, in dem Compression der Aorta durch eine hochgradig vergrösserte Thymusdrüse ein derartiges Circulationshinderniss darstellte, dass Dilatation und compensatorische Herzhypertrophie entstand und schliesslich aus unbekannter Gelegenheitsursache plötzlich der Tod durch Versagen der Herzmuskelkraft eintrat.

ZARNIKO.

152) **P. Bartels. Ueber den Verlauf der Lymphgefässe der Schilddrüse bei Säugethieren und beim Menschen.** *Anatomische Hefte von Merkel u. Bonnet. 51. Heft. 16. Bd. Heft 2. Mit Taf. 28, 29. Wiesbaden 1901.*

Verfasser hat das Lymphgefässsystem der Schilddrüse mit Hülfe der Gerota'schen Injectionsmethode, die nur unbedeutend abgeändert wurde, bei Ziege, Schwein, Kaninchen, Ratte, Hund, Katze vorwiegend an jugendlichen Exemplaren, in zahlreichen Fällen aber auch am ausgewachsenen Thier untersucht. Vom Menschen kamen nur Foeten und neugeborene Kinder zur Untersuchung. Verf. kommt zu dem Resultat, dass ein bestimmter, nur in Kleinigkeiten variabler Typus für jede Gruppe besteht. Ein willkürlicher Verlauf der Lymphgefässe nach dieser oder jener benachbarten Drüsengruppe besteht nicht. Die Typen der verschiedenen untersuchten Säugethier-Ordnungen, sind sich alle untereinander ausserordentlich ähnlich, so dass sich folgender Gesammttypus erkennen lässt. Die Lympfgefässe sind streng geschieden; die oben aus der Schilddrüse entspringenden Gefässe verlaufen nach der oder den tiefen Halsdrüsen, die neben der Vena jugularis int. liegen, Glaudulae cerv. prof. beim Menschen; die unten aus der Schilddrüse entspringenden Gefässe laufen in die Lymphdrüsen der Regio jugularis. — Das Lymphgefässsystem verläuft unabhängig vom Blutgefässsystem; nur die scharfe Trennung des oberen und unteren Gebietes ist beiden gemeinsam. Die Lymphgefässsysteme beider Schilddrüsenlappen sind dagegen nicht von einander abhängig. Eine Communication besteht einmal und vor allen Dingen im Isthmus. Ferner aber werden zuweilen Kreuzungen beobachtet: ein der einen Körperseite angehöriges Gefäss zieht zur anderen Seite hinüber und endet dort in den Drüsen. Schliesslich bestehen Anastomosen der Systeme beider Seiten im Zuge der austretenden Lymphgefässe. Eine die Function der Thyreoidea etwa aufklärende Beobachtung ergab sich aus der Untersuchung des Verlaufs ihrer Lymphgefässe nicht; die Schilddrüse

steuert znm Lymphgefässsystem des Körpers in derselben Weise bei, wie jedes andere Organ.

R. SEMON.

153) **Gauthier** (Lyon). **Schilddrüsencyste. (Kyste thyroidien.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 6. Februar 1901.*

Die Cyste sass tief und hinter dem Sternum. Jaboulay führte die Operation aus.

Nach Discision der Kapsel der Schilddrüse wurde der Tumor aus dem Drüsengewebe enucleirt ohne dabei entleert zu werden, was bei Cysten dieser Ausdehnung selten gelingt.

PAUL RAUGÉ.

154) **Ratut** und **Niclot. Eitrige primäre Strumitis mit Bacillus Eberth. (Strumite suppurée primitive à bacille d'Eberth.)** *Médecine Moderne. 2. Januar 1901.*

Ein 22jähriger Kranker hatte einen Abscess der Schilddrüse, in dem sich nur der Eberth'sche Bacillus mit all seinen morphologischen und biologischen Merkmalen fand. Dabei bestanden keine Darmsymptome.

Aehnliche Beobachtungen haben Nicaise in der Société de Chirurgie am 20. Mai 1891 und Testevin in Archives de médecine et de Pharmacie militaires vom Februar 1899 mitgetheilt.

PAUL RAUGÉ.

155) **Ch. G. Cumston. Neubildungen der Schilddrüse. (Neoplasms of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Verf. verfügt über 42 Fälle. Ausgenommen in den malignen Fällen, klagten die meisten Kranken über Dyspnoe, während Heiserkeit und Dysphagie zurücktraten. Herzpalpitationen sind häufig bemerkt. Die Jodbehandlung, die bei vielen Patienten der Operation vorausgeschickt wurde, brachte nur zuweilen etwas Besserung. In den meisten Fällen war der Sternocleidomastoideus nicht zweigetheilt. Verf. hält die Totalexstirpation in der Mehrzahl der Fälle für am zweckmässigsten. Ihr grösster Nachtheil ist die leichte Verletzung des Nervus recurrens. Die gefährlichste Stelle ist an der hinteren seitlichen Wand der Trachea vor dem Eintritt des Nerven in den Larynx. Kocher räth deshalb zur Schonung der Nerven hier etwas Drüsengewebe zurückzulassen.

LEFFEBTS.

156) **Otto J. Freer. Wucherung von Schilddrüsengewebe in die Trachea hinein. (Intratracheal thyroid tissue.)** *Laryngoscope. 1901.*

Bericht über einen Fall bei einer 32jährigen Frau, gleichzeitig unter eingehender Erörterung der Schilddrüsenanatomie. Bei Vergrösserungen dieser Drüse handelt es sich gewöhnlich um Vermehrung der Zellen in der Peripherie. Bei Durchbruch in die Trachea pflegt meist auch Struma vorhanden zu sein. Das Hineinwuchern in die Trachea kann sich nach abwärts bis zum vierten Trachealring erstrecken. Im mitgetheilten Fall hatte man ursprünglich Verdacht auf eine accessorische Schilddrüse, der sich aber nicht bestätigte. Die intratracheale Ausdehnung ist gewöhnlich einseitig, in dem vorliegenden Fall umfasste sie den ganzen Trachealring. Es wurde monopolare Electrolyse vorgenommen. Nach 2 Tagen trat eine so intensive Schwellung des Gewebes auf, dass eine schnelle

Tracheotomie erforderlich wurde. Electrolyse wurde nachher wieder begonnen, aber ohne Erfolg. Von der Tracheotomiewunde aus wurde etwas von der Geschwulst probeexcidirt und mikroskopirt, wobei sich die Diagnose bestätigte.

EMIL MAYER.

157) **A. E. Halstead. Carcinom der Schilddrüse. (Carcinoma of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 12. Januar 1901.*

Verf. geht ausführlich auf die Literatur ein und hebt hervor, dass das Studium des primären Schilddrüsenkrebses noch verhältnissmässig jung ist. Cooper behauptete im Jahre 1819, dass maligne Erkrankungen der Schilddrüse überhaupt nicht vorkommen. Lebert konnte 1862 nur 23 Fälle zusammenstellen, von denen drei wahrscheinlich nur secundärer Natur waren. Die Resultate operativer Behandlung sind nicht ermuthigend. Küster berichtet von 50 Fällen, die mit completer oder partieller Thyroidectomie behandelt worden sind. Bei 8 trat der Tod 24 Stunden nach der Operation ein, bei 5 eine Woche später, bei 8 zwei Wochen später. 4 blieben 6 Monate lang recidivfrei. Nur einer war noch nach 4 Jahren gesund. Bei den Nichtoperirten trat der Tod gewöhnlich im Verlauf von $1^1/_2$ Jahren ein durch Erstickung, Haemorrhagien, Thrombosen, Cachexie etc. In Fällen, die von Poumet, Oser und Lebert berichtet werden, trat der Tod durch Ruptur der Carotis ein. In dem Franque'schen Fall war die Todesursache eine Thrombose der Jugularis interna bis zum Herzen. In der Mehrzahl der Fälle starben die Kranken an Erstickung, Compression der Trachea oder Collaps ihrer Wandung, nur selten dagegen an Cachexie und Infection.

LEFFERTS.

158) **Glatzel. Bemerkungen über das Carcinom der Schilddrüse.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 3. p. 448. 1901.*

Krankengeschichte eines Falles von „Struma carcinomatosa dextra cum perforatione in tracheam". Die Operation war ohne Erfolg, da die Trachea sich als überaus stark verengt erwies. G. giebt Abbildungen des Präparates und mikroskopischer Schnitte. Die Perforation der Trachea war nicht durch Zwischenknorpelräume erfolgt, sondern durch carcinomatöse Degeneration eines Trachealringes.

F. KLEMPERER.

159) **Lincoln Davis. Statistiken der Operativbehandlung von Schilddrüsentumoren. (Statistics of operative treatment of thyreoid tumors.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Verf. verzeichnet die Statistiken Reverdin's über Mortalität bei verschiedenen operativen Maassnahmen an der Schilddrüse. Von 3408 Fällen verliefen 118 tödtlich; von 1276 Kranken, bei denen Enucleation gemacht war, starben nur 10. Bei 96 der 118 tödtlich verlaufenen Fälle fand sich die Todesursache; 45 davon kommen auf Rechnung von Erkrankungen der Athmungsorgane, 3 auf tödtliche Laesion des N. recurrens; 12 auf Collaps und Shock; 19 starben an tödtlicher Blutung, davon 9 nach der Enuclation. 13 Todesfälle durch Sepsis, 3 durch Tetanus, 1 durch Myxödem. Alle gegenwärtig üblichen Operationsmethoden können Recidive nicht mehr verhüten, seitdem die Thyroidectomie verworfen ist,

und zwar kann man auf ca. 20 pCt. Recidive rechnen. Resectionen des Halssympathicus sind insgesammt 50 mitgetheilt, von denen 11 geheilt, 29 gebessert wurden, 4 ungebessert blieben und 6 starben. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

160) **E Weill** und **Péhu. Congenitale Missbildung des Oesophagus. (Congenital malformation of the Oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1901.*

Autopsiebericht von einem Kinde, das von Geburt an Zeichen von Oesophagusverschluss hatte. Nach der Einnahme von Milch stellten sich jedesmal Dyspnoe und Cyanose ein und nach 15 Minuten wurde die Flüssigkeit wieder herausbefördert. Radioskopisch ergab sich ein Divertikel rechts vom Sternum. Bei der Autopsie fand sich, dass der obere Theil des Oesophagus in ein Divertikel grade hinter der Bifurcation auslief, während der untere Abschnitt zum Magen weiter ging. Sonst bestand keine Anomalie der Eingeweide. Das Kind starb an Bronchopneumonie. Die Verff. betrachten derartige Fälle vom therapeutischen Standpunkt als hoffnungslose, da chirurgische Maassnahmen fast immer zu tödtlichem Ausgang führen. Rectalfütterung ist dabei ungenügend, soll aber immerhin versucht werden. LEFFERTS.

161) **Laub** (Wien). **Zenker'scher Pulsionsdivertikel.** *K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 1. März 1901. Wien. klin. Wochenschr. 1901. No. 11.*

Aus dem klinischen Befunde wurde ein pharyngo-oesophageales Divertikel diagnosticirt und diese Annahme radioskopisch erhärtet. Der Sack befand sich zwischen Oesophagus und Wirbelsäule. CHIARI.

162) **W. Zweig** (Wien). **Zur Diagnose der tiefsitzenden Oesophagusdivertikel.** *K. k. Gesellschaft d. Aerzte, Sitzung vom 1. März 1901. Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 10.*

1. In vielen Fällen lässt uns schon die Anamnese ein tiefsitzendes Divertikel vermuthen. 2. Die Prüfung der Schluckgeräusche ergiebt das vollständige Fehlen oder eine starke Veränderung des zweiten Geräusches. 3. Die Sondenuntersuchung ermöglicht die Diagnose einer Stagnation der Speisen, die Ursache derselben wird durch den Zweischlauchversuch im Zusammenhange mit den anderen klinischen Erscheinungen aufgedeckt. 4. In vielen Fällen wird die Untersuchung mit Röntgenstrahlen und die Oesophagoskopie ein positives Ergebniss haben.

CHIARI.

163) **Pouly. Carcinom des Oesophagus mit Verbreitung auf den Magen. (Cancer de l'oesophage propagé à l'estomac.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 27. Februar 1901.*

Obductionsbericht von einer Frau, bei der sich gleichzeitig ein Neoplasma in der ganzen Ausdehnung des Oesophagus vorfand sowie ein Tumor an der Cardia und der kleinen Curvatur des Magens.

Histologisch wies die Neubildung am Oesophagus mucös-ectodermalen Typus auf. Die gleiche Art von Tumor fand sich am Magen.

Es handelte sich also hier um ein diffuses Epitheliom des ganzen Oesophagus, das sich secundär per continuitatem auf einen so grossen Bezirk des Magens ausgedehnt hatte, wie dies wohl nur höchst selten vorkommt. PAUL RAUGÉ.

164) E Sandelin (Helsingfors). **Resection einer Narbenstrictur im Halstheil des Oesophagus.** *Nordisk Medic. Arkiv. 1901. Afd. I (Kirurgi). Heft 1. No. 4.*

Es handelte sich um einen 39 jährigen Arbeiter, der an einer cicatriciellen Aetzstriktur im Halstheil des Oesophagus litt. Er wurde am 25. Juli 1899 in die Klinik aufgenommen. Es wurden Sondirungsversuche gemacht. Da die Sonde mehrere Tage lang sich nicht einführen liess, wurde die Operation am 8. August in folgender Weise ausgeführt:

In gewöhnlicher Weise wurde der Oesophagus hervorpräparirt. Es zeigt sich, dass die Speiseröhre unmittelbar unterhalb der Cartilago cricoidea ringförmig eingeschnürt, von narbiger, derber Beschaffenheit sei. Ueber der Strictur wird ein Einschnitt in den Oesophagus gemacht und auf einer in den Stricturkanal eingeführten Rinnensonde wird nun der erstere gespalten. Seine Länge beträgt $1\,^1/_2$ bis 2 cm. Die gesammte stricturirte Partie wird excidirt und die durchschnittenen Enden des Oesophagus in zwei Etagen zusammengenäht, 1. die Schleimhaut, 2. die äusseren Schichten, alles mit Seide; ausserdem werden durch die Muscularis, als eine dritte Etage, einige Entspannungssuturen angelegt. Die Wunde wird mit Jodoformgazetampons ausgefüllt und offen gelassen.

Verlauf sehr befriedigend. Vom 8.—12. August erhält Patient keine Nahrung per os, dagegen werden zweimal täglich ernährende Klystiere verabreicht. Am 12. August erhält Patient flüssige Nahrung per os. — Am 23. September ist die Wunde vollständig geheilt. Am 10. October isst und schluckt Patient vollkommen normal und wird als gesund entlassen. Spätere Angaben über das Heilungsresultat fehlen. E. SCHMIEGELOW.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) E. Mehnert. **Ueber topographische Altersveränderungen des Athmungsapparates und ihre mechanischen Verknüpfungen an der Leiche und am Lebenden.** Jena, G. Fischer. 1901.

Das Mehnert'sche Werk stellt es sich zur Aufgabe, die progressiven Lageveränderungen, welche der Respirationsapparat während des individuellen Lebens erfährt, sowohl an der Leiche, als am Lebenden zu untersuchen. Beide Untersuchungsreihen haben zu demselben Resultat geführt und gezeigt, dass der ganze Respirationstractus von der Geburt an bis in das späteste Greisenalter hinein tiefer sinkt. Mehnert bezeichnet diesen ganzen Erscheinungskomplex als „Altersdescensus". Der specielle Nachweis desselben gründet sich auf den Nachweis von Altersverschiebungen des Ringknorpels, der Luftröhrengabelung und der unteren

Lungenränder. Der Altersdescensus, den der Ringknorpel während des Lebens durchmacht, umfassst das Gebiet von nahezu fünf Wirbeln. Unter Umständen (Erreichung sehr hohen Alters) kann die ganze Descensusbahn des Ringknorpels die Höhe von 7—8 Wirbelhöhen betreffen. Das vitale Descensusgebiet der Luftröhrengabelung umfasst die Höhe von fünf Wirbelkörpern. Schon seit längerer Zeit bekannt ist der Altersdescensus der unteren Lungenränder. Dieselben pflegen bei Greisen 1—2 Intercostalräume tiefer zu stehen, alz bei jugendlichen Individuen, Dieser Descensus hängt jedoch nicht allein mit dem Descensus des Respirationstractus zusammen, sondern ist auch mit beeinflusst von einem Altersdescensus der Rippen. Als Causalmomente für die auffallende Erscheinung eines so bedeutenden Descensus bezeichnet Mehnert: bei Kindern und jungen Leuten die Elasticität und Dehnbarkeit und das Wachsthum des muskulös-bindegewebigen Suspensorialapparates, welcher die Luftröhre und mittelbar durch dieselbe auch die Lungen mit der Schädelbasis verbindet; nach Abschluss des Wachsthums aber die Altererschlaffung dieses Suspensorialapparats. Ausserdem wird der Descensus noch gesteigert und begünstigt durch die Altersneigung der Schädelbasis, durch die Altersverkürzung der Wirbelsäule in Folge von seniler Krümmung und Höhenabnahme der Zwischenwirbelscheiben und endlich durch das Herabsinken der Zwerchfellkuppe in Folge der Altersneigung der Rippen. Mehnert hebt hervor, dass er bisweilen jugendliche Individuen mit relativ tiefstehendem Kehlkopfe, andrerseits alte Leute mit juvenilem Typus gefunden hat. Nach seiner Meinung ist ein grosser Theil solcher individueller Variationen in den höheren Lebensjahren nichts weiter als ein bestimmter Ausdruck der in Folge verschiedener beruflicher Thätigkeit mehr oder minder raschen Gewebserschlaffung. Bemerkenswerth ist auch die Beobachtung, dass der Altersdescensus beim Manne schnellere Fortschritte macht als bei der Frau. R. Semon.

---

b) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg

vom 22. bis 28. September 1901.

Bericht über die Abtheilung 20 (Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten),
erstattet von Albert Vogler jun. (Bad Ems).

Einführende: Thost, Ludewig.
Schriftführer: Zarniko, Kayser, Meyer, Senff, Thaler, Vogler, Waldschmidt.

1. Sitzung Montag, den 23. September, Nachmittags 2 Uhr.

Thost begrüsst die Gäste, verbreitet sich über die Gesichtspunkte, die bei der Verschmelzung der Sectionen für Laryngologie und für Otologie bei der gegenwärtigen Versammlung maassgebend gewesen sind und giebt einen allgemeinen orientirenden Ueberblick über das zu erledigende Programm.

Zum Vorsitzenden dieser Sitzung wird Schwartze (Halle a/S.) gewählt.

Dieser ergreift vor der Tagesordnung das Wort zu einem

Protest gegen die Verschmelzung der beiden Sectionen.

Vor ca. 30 Jahren sei auf der Naturforscherversammlung in Leipzig zuerst die selbstständige Section für Ohrenheilkunde von den Geschäftsführern zugelassen worden. Und diese der Ohrenheilkunde im Rahmen der medicinischen Wissenschaft als einer selbstständigen Section gebührende Vertretung will Redner nicht aufgegeben wissen. Er sieht in der Verbindung der Otologie mit den anderen beiden Disciplinen, insbesondere aber mit der Laryngologie, ein Hinderniss für die wissenschaftliche Pflege und Förderung der Ohrenheilkunde und verlangt die Beibehaltung des einmal gemachten Zugeständnisses der Selbstständigkeit für die Otologie auf diesen Versammlungen.

Eine Discussion über den Gegenstand wird von der Versammlung abgelehnt. (Vergl. aber den Brief A. Rosenberg's: Centralblatt XVII, p. 599. Red.)

Tagesordnung:

1. Lucae (Berlin): Beiträge zur Function der Membran des runden Fensters: 1. Eine bisher unbekannte Wirkungsart des sog. künstlichen Trommelfells. 2. Eine erfolgreiche Operation am runden Fenster.

2. Schwartze (Halle): Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunction für die Otologie.

3. Friedrich (Kiel): Weitere Beobachtungen über den diagnostischen Werth der Acusticus-Reaction.

4. Hartmann (Berlin): Die Schwerhörigkeit in der Schule.

5. Ostmann (Marburg): Die Krankheiten des Gehörorgans unter den Volksschulkindern des Kreises Marburg.

6. Berthold (Königsberg): Ueber Diplacusis monauralis.

2. Sitzung. Dienstag, den 24. September, Nachmittags 2 Uhr.

Vorsitzender: Lucae (Berlin).

7. Avellis (Frankfurt a/M.): Giebt die vergleichende Physiologie eine Antwort auf die Frage nach dem proportionalen Verhältniss zwischen der Gesangsleistung und dem Bau des Singorgans?

Der Vortrag ist inzwischen im Archiv für Laryngologie erschienen.

8. Panse (Dresden): Ueber den Schwindel.

9. Peters (Rostock): Schwindel bei Augenerkrankungen.



3. Sitzung. Mittwoch, den 25. September, Vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: Heymann (Berlin).

10. Lucae (Berlin): Beobachtung der Schwingungen des Trommelfells am lebenden Ohre.

11. Suchannek (Zürich): Ueber Forman (Chlormethylmenthyläther), ein neues Schnupfenmittel.

In dem von der Firma Lingner (Dresden) hergestellten Forman empfiehlt S. sehr warm ein schon von ihm und Anderen mit dem besten Erfolg angewandtes reizloses und sehr bequemes Schnupfenmittel. Die Wirkung geschieht durch frei werdendes Menthol und Formalin. Die Anwendung hat ganz im Beginn eines Schnupfens zu geschehen. Ein bereits zweitägiger Schnupfen wurde nicht mehr sicher coupirt, aber doch abgekürzt und erleichtert. Einen günstigen Einfluss soll das Mittel ferner auch auf Katarrhe der Athmungswege überhaupt haben.

12. Kuttner (Berlin): Larynxtuberkulose und Gravidität.

Die Arbeit erscheint im Archiv für Laryngologie. (Vergl. a. Centralblatt XVIII, pp. 29 u. 52. Red.)

4. Sitzung. Mittwoch, den 25. September, Nachmittags 2 Uhr.

Vorsitzender: Berthold (Königsberg).

13. Winckler (Bremen): Modificationen der Schnittführung zur Freilegung und Nachbehandlung der erkrankten Mittelohrräume (mit Krankenvorstellung).

14. Winckler (Bremen): Fälle von nasalen Nebenhöhlenerkrankungen mit Krankenvorstellung und Demonstration verschiedener Operationsmethoden durch photographische Aufnahmen.

Es werden 3 Fälle vorgestellt, bei denen eine Kieferhöhlen- und Siebbeineiterung zur Operation kam. Da in einem Falle die Eiterung zu einer Nekrose sämmtlicher Wände des Antr. Highmori mit Ausnahme der hinteren Wand geführt hatte, so wurde hier eine Oberkieferresection gemacht. Der Fall zeigt einen Defect, von dem aus die eröffnete Keilbeinhöhle und der Zugang zum Sinus frontalis direct zu sehen sind. In den beiden anderen Fällen gelang die Ausräumung des Siebbeins nach Fortnahme der facialen Kieferhöhlenwand von der Fossa canina aus. In dem einen Fall lag ein breiterer Abschnitt des Siebbeinbodens über dem Antrum und man sieht hier von der durch einen Obturator offen gehaltenen Fistel in das ausgeräumte Siebbein, sowie in den Sinus sphenoidalis. Bei dem dritten Fall musste zur Ausräumung des Siebbeins ein Stück der lateralen Nasenwand von der Fossa canina aus fortgenommen werden. Den erweiterten Zugang zur erkrankten Keilbeinhöhle erkennt man bei der rhinoskopischen Betrachtung. Die angelegte Oeffnung an der lateralen Nasenwand hat sich bis auf eine kleine Lücke durch Narbenbildung wieder geschlossen. Eine Naht der zur Fortnahme der

facialen Kieferhöhlenwand angelegten Wunde unterhalb der Oberlippe hat W. gleich nach der Ausräumung der erkrankten Nebenhöhlen mehrmals mit gutem Resultat gemacht, doch ist dieses Verfahren nicht allgemein anzuwenden, vielmehr nur für besondere Fälle zu reserviren, da man sich für die weitere Nachbehandlung durch die sofortige Naht der Controle beraubt.

Ferner wurden an 5 Fällen die kosmetischen Resultate gezeigt, bei denen durch osteoplastische Resectionen am Nasengerüst einseitige combinirte Nebenhöhleneiterungen der Stirnhöhle wie des Siebbeins einer Behandlung zugängig gemacht und geheilt sind. Für den Hautschnitt sowie den Knochenschnitt waren folgende Momente bestimmend: 1. Ausprägung der Corrugatorfalten. 2. Formation des äusseren Nasengerüstes. 3. Röntgenbild. Eine totale Verödung beider Stirnhöhlen und Siebbeine nach Fortnahme der vorderen Stirnbeintafel der oberen und inneren orbitalen Wand sowie eines Stückes vom oberen Nasengerüst, indicirt durch eine Nekrose der vorderen Stirnhöhlenwand wird mit ihrer schweren Entstellung durch einen 6. Fall demonstrirt und die principielle Ausführung dieser und ähnlicher Methoden wie die von Kuhnt und Röpke überall da, wo Stirnhöhlen und Siebbeineiterung zur Operation gelangen, als ein Unfug bezeichnet, dem man energisch entgegenarbeiten müsse. Es wird dann das kosmetische Resultat, welches eine Anschauung der beiden Stirnhöhlen wie Siebbeine nach osteoplastischem Verfahren zurücklässt, an zwei weiteren Fällen gezeigt. So entstellend auch die Narben sind, so ist bei beiden Fällen doch die Form des Gesichtsschädels erhalten geblieben und damit der Gesichtsausdruck nicht verändert worden. Diese Verhältnisse werden auch durch Röntgenbilder näher erläutert.

An einem 12. Falle werden die Narben bei osteoplastischer Freilegung der beiden Sinus frontalis nach Czerny-Gussenbauer gezeigt.

Die Indicationen für die verschiedenen osteoplastischen Operationen werden ausführlich besprochen. Die Wahl der Methode hängt davon ab, ob eine einseitige oder doppelseitige Erkrankung vorliegt. Im einzelnen ist dann noch Folgendes für die Art des operativen Vorgehens von Wichtigkeit: 1. Art der Erkrankung. 2. Ausbreitung der Erkrankung auf die einzelnen Nebenhöhlen. 3. Beschaffenheit der äusseren am Gesichtsschädel liegenden Wände. 4. Gestalt der äussern Wände. 5. Grösse der Höhle. 6. Form der inneren Nasenhöhle. 7. Form des Nasengerüstes.

15. Scheibe (München): Weiches Papillom der Nase. Demonstration.

Der betreffende Patient hatte Jahre lang an häufigem starken Nasenbluten und an Kopfschmerzen gelitten. Ob der Tumor gutartig oder bösartig, liess sich nicht entscheiden, da der Ausgang des Falles nicht bekannt. Die allgemeine Schwäche des Patienten und die wiederholten Recidive liessen aber keine gute Prognose stellen.

16. Max Scheier (Berlin): Ueber einige Anomalien der Nebenhöhlen der Nase.

Vortr. zeigt aus seiner Sammlung verschiedene Präparate mit Anomalien der

Nebenhöhlen und knüpft einige praktische Bemerkungen bezüglich der Diagnose und der operativen Behandlung von Nebenhöhlenerkrankungen daran.

17. Partsch (Breslau): Ueber den dentalen Ursprung des Kieferhöhlenempyems.

Nahe anatomische Beziehungen der Kieferhöhlenschleimhaut mit Zähnen bestehen nur im Bereiche des 2. Praemolaren bis 2. Molaren, seltener schon zwischen 1. Praemolaren und Weisheitszahn, so dass wir im allgemeinen nur von einem dentalen Ursprung bei Erkrankung dieser Zähne sprechen.

Die einfache Caries, so lange sie nicht zur Eröffnung der Pulpakammer und zur Verjauchung des Zahnmarkes geführt hat, verursacht nie ein Empyem. Eine häufige Ursache zur Mitbetheiligung der Kieferhöhlenschleimhaut geben die chronischen Affectionen der Zahnbeinhaut.

Jedenfalls können nur Erkrankungen, welche nach Zerstörung des Zahnmarks an der Wurzelhaut spielen, vorausgesetzt, dass diese nicht durch andere Ursachen (Zahnsteinablagerung, Schwund des Alveolarfortsatzes) erkrankt, Affectionen der Kieferhöhle hervorgerufen werden.

18. Flatau (Berlin): Das habituelle Tremoliren.

Die von F. angewandte Behandlung ist eine ausschliesslich stimmgymnastisch-phonetische Bewegungstherapie. Auch auf diesem scheinbar so entlegenen Gebiet zeigt sich die grosse pädagogische und sociale Bedeutung der Stimmhygiene im Gesangsunterricht und in der Schule. (Die Arbeit erscheint ausführlich in der Wiener klin. Rundschau.)

19. Gutzmann (Berlin): Beitrag zu dem Zusammenhang functioneller Sprachstörungen mit Fehlern und Krankheiten der oberen Luftwege.

Bei der Gruppe von Stotterern, die er als spastische charakterisirt, bei denen die Aufmerksamkeit auf den Sprachvorgang Verstärkung des Spasmus zur Folge hat, und zwar ohne dass sonst psychische Nebenmomente vorhanden sind, hat Vortr. fast immer unter dem Eintritt eines acuten Schnupfens Rückfälle in das Sprachübel noch während der Behandlung gesehen. Fast stets war hier eine Rhinitis chron. hypertrophica vorhanden. Wenn G. durch Cocainisirung der Nase Luft verschaffte, verschwand das Stottern sofort. Umgekehrt vermochte Vortr. bei einigen Fällen von bereits in der Heilung befindlichen Stotterern durch Verlegung der Nase mittelst Wattebäuschchen Stottern wieder hervorzurufen. Er stellt diese Erscheinung in Parallele zum Reflexasthma und sieht es als reflectorisches Stottern an.

20. Berthold (Königsberg): Weitere Mittheilungen über die intranasale Vaporisation.

B. berichtet über weitere Erfahrungen aus dem verflossenen Jahr mit seiner intranasalen Vaporisation. 1. Die Erfolge bei der Stillung lebensgefährlicher Blutungen alter Leute mit atheromatösen Gefässen waren stets prompt und blieben

dauernd gute. 2. Bei hartnäckiger chronischer Rhinitis mit Hypertrophie der Schleimhaut und dauernder Verstopfung der Nase hat die Vaporisation vor der Galvanokaustik voraus, dass sie zur Bildung von neuer functionsfähiger Schleimhaut führt und nicht eine Narbe setzt. 3. Nasale Reflexneurosen mit Schwellungen der Nasenschleimhaut können durch die Vaporisation geheilt werden. 4. Bei der Ozaena beseitigt oder mildert die Vaporisation wenigstens die Symptome von Seiten der Nasenschleimhaut und wirkt zugleich sehr günstig auf das subjective Befinden der Patienten. Besonders günstig wirkt das Verfahren bei Ozaena auf dem Boden von tertiärer Nasenlues, nachdem die Lues geheilt oder zum Stillstand gebracht ist.

Contraindicirt ist die Vaporisation bei Nasenpolypen und ebenso wohl auch bei allen anderen Neubildungen der Nase. Es ist ein sehr schnelles Wachsthum von Polypenresten als Folge der Vaporisation beobachtet worden.

Der von Pincus angegebene Zestokauter, eine Art Thermokauter, leistet gute Dienste bei narbigen Verengerungen der Nasenlöcher, indem er die narbigen starren Weichtheile geschmeidiger macht.

Der Kehlkopf hat unter der Vaporisatiun niemals zu leiden gehabt, und die Gefahr für das Ohr ist nicht grösser als nach einer galvanokaustischen Nasenoperation. Ein dauernder Nachtheil für das Gehör ist in keinem Fall eingetreten.

21. Siebenmann (Basel): Skioptikondemonstration von Ohrpräparaten.

5. Sitzung. Donnerstag, den 26. September, Vormittags 8 Uhr,

Vorsitzender: Herr Guye (Amsterdam).

22. Coën (Wien): Die Behandlung der Sprachstörung beim Wolfsrachen.

Anschliessend an einen in der Wiener Klinik (7. Heft, Juli 1901) ausführlich beschriebenen Fall bespricht C. seine Behandlungsmethode, welche das Tragen eines Obturators entbehrlich macht. Sie besteht in: 1. Stimmübungen, nämlich laute kräftige Intonirung der Vocale, besonders des „e". 2. Massage des Gaumensegels. 3. Einübung der gutturalen Consonanten in übertriebener Weise. 4. Einübung der Laute zuerst mit offenem Munde und zugehaltener Nase. Am besten Pfeifen.

Discussion:

Gutzmann (Berlin) empfiehlt die Injection von Paraffin naeh Gersuny.

Berthold (Königsberg) fragt, ob das Paraffin nicht aufgesaugt würde.

Gutzmann erwidert, zur Vermeidung dessen, müsse man den Schmelzpunkt des Paraffin möglichst hoch nehmen.

Siebenmann (Basel) erwähnt, dass sich solche Paraffinherde subcutan jahrelang in keiner Weise ändern.

Sinell (Hamburg) spricht auch gegen die Obturatoren und für die Anwendung der Massage und Sprachübungen.

23. F. Klemperer und M. Scheier (Berlin): Die Identität der Ozaena- und Rhinosclerombacillen mit Friedländer'schen Bacillen.

Die Vortragenden führen zuerst aus, dass es bisher kein durchgreifendes Unterscheidungsmerkmal zwischen Ozaenabacillen und Friedländer'sche Bacillen giebt. Die genaue bacteriologische Untersuchung eines Falles von Rhinosclerom überzeugte sie ferner, dass auch die Ozaena- und Rhinosclerombacillen in morphologischer Hinsicht einander gleich sind. Sie schritten daher zu einer biologischen Prüfung, d. h. zur Untersuchung der Stoffwechselproducte beider Bacterien. Es ist ihnen gelungen, Kaninchen mit Ozaenaculturen gegen Rhinosclerombacillen immun zu machen und umgekehrt. Ferner auch Mäuse durch Ozaenaserum gegen Rhinosclerombacillen und umgekehrt.

Endlich zeigte sich, dass Ozaenaserum Rhinosclerombacillen und Rhinosclerom-serum Ozaenabacillen conglutinirt.

Nach allem halten sich die Vortragenden zu dem Schluss berechtigt: Die Ozaena- und Rhinosclerombacillen erzeugen die gleichen chemischen Produkte; so wenig wie morphologisch können wir sie biologisch auseinander halten, wir müssen beide für ein und dieselbe Art ansehen.

Sie fügen hinzu, es sei mehr als wahrscheinlich, dass diese Art das Bacterium Friedländer ist. Auch nach dieser Richtung hin sollen noch Immunisirungsversuche vorgenommen werden. Was endlich die Bedeutung des fraglichen Bacillus betrifft, so erklären die Vortragenden, dass sie als Erreger zweier so verschiedener Krankheiten wie Ozaena und Rhinosclerom denselben Bacillus, der noch dazu so oft in der gesunden Nase vorkommt, unmöglich ansehen können.

24. Siebenmann (Basel): Beitrag zur Lehre von der genuinen Ozaena.

Ausgehend von der Thatsache, dass für die Ozaena genuina die nie fehlende Epithelmetaplasie der Muschelschleimhaut characteristisch ist, erwähnt Vortragender seine eigene Beobachtang, dass die Epithelmetaplasie bei einseitiger Ozaena auch auf der anscheinend gesunden Seite vorhanden ist, dass die Ozaena aber bei Verbiegung des Septum — einem regelmässigen Vorkommnis bei einseitiger Ozaena — nur in der weiteren Nasenhälfte manifest wird. Dies legte ihm die Vermuthung nahe, dass Metaplasie der Nasenschleimhaut in der engen Nase — also bei Leptorrhinie — ebenso häufig sei als in der weiten Nase (bei Platyrrhinie), dass sie aber im ersteren Falle keine weiteren Symptome mache, dass mithin ein Abhängigkeitsverhältniss von Ozaena und abnormer Nasenweite vorhanden sei. Vortragender hat daraufhin an 50 Leichen des Basler pathologischen Institutes ohne Auswahl methodische Untersuchungen anstellen lassen, die ergaben, dass in der That Metaplasie in der engen Nase (29 pCt.) mindestens ebenso häufig vorkommt als in der weiten Nase (25 pCt.), ja dass sogar auch Muskelschwund mit Metaplasie bei den Leptorrhinen (10,5 pCt.) nicht seltener ist, als bei den Platyrrhinen (8,3 pCt.).

Discussion zu 23 und 24.

von Schrötter (Wien) möchte die Specifität des Scleromprocesses nicht

umgestossen wissen und den Bacillus Frisch bei aller Aehnlichkeit mit dem Bacillus Friedländer doch als Erreger der Krankheit ansehen. Hinsichtlich der Ozaena simplex glaubt v. Sch. überhaupt nicht an die primär bacterische Aetiologie.

Kümmel (Breslau) spricht über die Schwierigkeit, zwischen Ozaena und sehr ähnlichen Zuständen bei Sclerom klinisch zu unterscheiden.

Scheier (Berlin) bemerkt, der Bacillus Frisch sei selten in den alten scleromatösen Gewebe, aber viel leichter in dem frischen neugebildeten Gewebe zu finden.

Berthold (Königsberg) theilt mit, dass er wie Abel bei Ozaena oft Otitis media chron. mit Perforation des Trommelfelles gesehen habe. Abel habe auch den Ozaenabacillus im Secret der Paukenhöhle gefunden.

Siebenmann (Basel) erwidert, dass bei Ozaena die characteristischen Epithelmetaplasien nicht auch im Ohr gefunden würden. Die interessante Beobachtung von B. sei vielleicht so zu erklären: Es handelt sich im Ohr und in der Nase um das nämliche Nährsubstrat — unvollständig verhornte Epithelzellen, faulenden „Firniss" —; daher auch die Praedilection des nämlichen Mikroorganismus für diese beiden Localitäten.

Thost (Hamburg) hält es für unerwiesen, dass die Ozaena eine bacterielle Krankheit ist. Er glaubt, dass die Atrophie des Skeletts vor allem das Characteristische bei Ozaena bildet. Vielleicht spielt die hereditäre Syphilis eine Rolle.

Cordes (Berlin) erklärt, auch nach seinen Untersuchungen bleibe als characteristisches Moment für die Ozaena nur die Knochenatrophie übrig. Der Knochenschwund alterirt die in Knochen und Knochenfurchen verlaufenden Gefässe und dadurch auch die Drüsensecretion. Die Atrophie des Knochens ist vielleicht die Folge rhachitischer oder osteomalacischer Disposition.

Berthold (Königsberg) bemerkt, dass unter diesen Umständen die intranasale Vaporisation, welche eine bedeutende Fluxion auch in den Knochen der Muscheln hervorrufe, ein sicheres Mittel zur Bekämpfung der Atrophie sei.

Flatau (Berlin) fragt, ob nach der Vaporisation eine objectiv erkennbare Gewebszunahme des knöchernen Gerüstes nachweisbar gewesen ist.

Berthold (Königsberg) kann diese Frage noch nicht mit voller Bestimmtheit bejahen. In einzelnen Fällen sei es ihm so erschienen.

Flatau (Berlin) theilt mit, dass sein Verfahren der Implantation in 2 alten Fällen jene Veränderungen hervorgerufen hat, und zwar unter dauernder Beseitigung der klinischen specifischen Syptome.

Cordes (Berlin) hat, um die im Knochen verlaufenden Gefässe und durch diese die Drüsensecretion zu beeinflussen, seit längerer Zeit bei Ozaena Incisionen in die Muscheln gemacht. Er berichtet über die bisherigen guten Erfolge mit dieser Methode.

Siebenmann (Basel) ist der Ansicht, dass die Epithelmetaplasie nicht abhängig gemacht werden kann von der Knochenveränderung der Muscheln. Denn 1. Ausgedehnte Epithelmetaplasie in der Nase kommt auch ohne wesentliche

Muschelatrophie häufig vor. 2. Im mikroskopischen Verhalten der Muschelknochen der ozaenösen Nase kann S. nichts finden, was von dem Knochen der gesunden Nase so wesentlich verschieden wäre. 3. Ozaena foetida kommt auch auf anderen Partien des Respirationstractus vor, ohne dass unter der ozaenösen Schleimhaut atrophischer Knochen liegt.

Bezüglich der Versuche von Flatau weist S. darauf hin, dass der erstrebte Effekt vielleicht passender durch submucöse Paraffininjectionen erzielt werden könnte.

Klemperer (Berliu) erklärt im Schlusswort von Schrötter's Behauptung, dass der „Rhinosclerombacillus“ doch der specifische Krankheitserreger sei, weil seine Produkte, die Mikulicz'schen Zellen, so specifisch und characteristisch seien, für einen unberechtigten Schluss. Nichts berechtige dazu, diese Zellen für ein Produkt des betreffenden Bacillus zu halten. Die Ansicht vom Nosoparasitismus sei in der Discussion nicht widerlegt worden.

25. Demme (Berlin): Ueber Gefässanomalien in der Pharynxgegend.

D. hat etwas über 300 Pharynges präparirt und klinische Beobachtungen gesammelt.

Es sind zu berücksichtigen: 1. Anormal verlaufende Gefässe. 2. Aneurysmatische Gefässerweiterungen. 3. Angiomatöse Gefässgeschwülste.

Die Stellen des Pharynx, welche in Betracht kommen, sind: 1. Der hintere Pharynxtheil (hintere und seitliche Pharynxwand). 2. Die Tonsillargegend (Tonsille, Tonsillarnische, beide Gaumenbögen und weicher Gaumen).

1. An dem hinteren Pharynxabschnitt kommt nur die Art. carotis int. in Betracht. D. beschreibt verschiedene Formen von Carotisschlingen in dieser Gegend. Von klinischer Bedeutung sind sie nicht, weil sie, sichtbar und genau abgrenzbar, mit Leichtigkeit vermieden werden können. Nur bei der Operation von adenoiden Vegetationen sind tödtliche Blutungen wahrscheinlich aus Carotisverletzungen infolge solcher Verhältnisse beschrieben.

Aneurysmatische Veränderungen der Carotis an der hinteren Pharynxwand und angiomatöse mit der Carotis in Verbindung stehende Neubildungen sind sehr selten.

2. Die Tonsillargegend betreffend hält D. es für undenkbar, dass die kleinen Art. tonsillaris und palatina für die bei Tonsillarverletzungen vorkommenden tödtlichen Blutungen und für die Pulsationen der Tonsille verantwortlich seien. Zahlreiche Untersuchungen und ein näher beschriebener Versuch haben D. überzeugt, dass ein Bogen der Art. lingualis, welcher die Muskelzüge des Musculus styloglossus überspannt und mit seiner Rundung ständig nach oben innen ragt, die Pulsationen der Tonsille hervorruft. Für die Frage der operativen Nachblutung ist es besonders wichtig, dass, wenn die Art. lingualis einen besonders ausgebildeten Bogen beschreibt, die Art. tonsillaris und palatina aus der Höhe dieses Bogens entspringen können und dann meist auch ein recht ansehnliches Lumen haben.

Gefässerweiterungen scheinen in dieser Gegend nur in Verbindung mit

angiomatösen Geschwülsten aufzutreten, die als angiomatöse Sarkome von grosser Malignität nicht allzu selten.

26. Heymann (Berlin): Demonstration von Instrumenten.

H. demonstrirt zwei Modificationen altbekannter Instrumente: 1. Watteträger für Kehlkopf und Nasenrachenraum. Ausserordentlich leichtes Fassen und Ablegen des Wattebausches. Sehr bequeme Reinigung. 2. Pulverbläser mit leicht auswechselbarer, die Kabierske'sche Schlinge enthaltender Pulverkapsel. Zurücksaugen des Pulvers in den Ballon vermieden. Pulverkapsel aus Glas, ausserordentlich billig, und daher für jedes Pulver besonders vorräthig zu halten (Fabrikant: H. Pfau, Berlin).

27. von Schrötter (Wien): Rhino-laryngologische Mittheilungen.

1. Eigenthümlicher Sondirungsbefund der Nase. Bei einer 14jährigen Patientin mit Lungenphthise und einer linksseitigen Nasenaffection liess sich eine Sonde schmerzlos und ohne irgend bemerkenswerthen Widerstand in ganzer (13 cm) Länge in die Nase einbringen. Eine Röntgenaufnahme zeigt, dass die Sonde in die Schädelhöhle eingedrungen war. Bei der später vorgenommenen Obduction erwies sich die vordere Schädelgrube in ausgedehnter Weise von tuberculöser Geschwulstmasse eingenommen, in die die Sonde unschwer eingedrungen war.

2. Seltener Fall von Actinomycose am Halse. Sehr bemerkenswerth dadurch, dass es zu einer primären Localisation der Pilzwucherung in der Schilddrüse gekommen war, ohne dass die äussere Haut Veränderungen zeigte. Der Fall heilte nach Incision und folgender Jodnatrium-Therapie in mehreren Monaten vollkommen aus.

Anschliessend demonstrirt v. Sch. noch eine ganze Reihe interessanter pharyngo- und laryngologischer Befunde.

28. Robinson (Baden-Baden): Die inhalatorische Behandlung des chronischen Bronchialkatarrhs.

Das Misstrauen, das der Inhalationstherapie noch oft entgegengebracht wird, beruht nach Vortr. hauptsächlich auf mangelnden Erfahrungen mit modernen Apparaten. Besprechung der wichtigsten Verbesserungen. Besonders werthvolle Bereicherungen sind die Wassmuth'sche Inhalation zerstäubter Flüssigkeiten und die Hartmann'sche Lignosulfitinhalation. Die Vorwürfe, welche Professor Emmerich (München) der Wassmuthinhalation gemacht hat, dass nämlich keine Sooletröpfchen, sondern Kochsalzkrystalle zur Inhalation gelangten, hat R. durch Nachprüfungen als unbegründet nachweisen können.

Das Einbringen des durch zerstäubte Flüssigkeit erzeugten Inhalationsnebels in die tieferen Luftwege ist experimentell erwiesen. Die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Systeme ist aber durchaus verschieden. Vortr. konnte experimentell nachweisen, dass der Inhalationsstrom des Schnitzler'schen Apparates ausschliesslich den Pharynx trifft, während der der Lewin'schen, Heyer'schen und Jahr'schen Apparate bis zur Bifurcation dringt. Der Wassmuth'sche Inha-

lationsnebel dringt bis in die Alveolen hinein, natürlich nur in athmungsfähige Lungentheile mit nicht verstopften Bronchien.

Vortr. bespricht dann ausführlich die vortheilhaftesten Verordnungen bei den verschiedenen Formen des Bronchialkatarrhes. Er warnt davor, die Kuren zu kurz zu bemessen. Zumal in zweckmässiger Verbindung mit der pneumatischen Therapie sind die Resultate höchst befriedigend.

Geradezu überraschende Erfolge will Vortr. auch von der Hartmann'schen Lignosulfitinhalation bei putrider Bronchitis beobachtet haben.

Die Einathmung von Sauerstoff an einem von Heyer in Ems construirten Apparat empfiehlt R. bei Behandlung des mit Dyspnoe einhergehenden trockenen chronischen Brochialkatarrhes, sowie besonders des sogenannten Stauungskatarrhes infolge von Herzleiden und Herzschwäche.

Discussion:

Winckler (Bremen) bestätigt, dass er oft gute Resultate von Benutzung der Wassmuthinhalationen in Ems, Reichenhall und Meran gesehen hat. Namentlich auch bei Nebenhöhlenerkrankungen. Er empfiehlt überhaupt, sich der Inhalationstherapie mehr wieder anzunehmen.

Kümmel (Breslau) rühmt ebenfalls die vortreffliche Wirksamkeit der Inhalationen mit den modernen Apparaten bei den verschiedensten katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege und ihrer Nebenräume. Die Siegle'schen Apparate sind nicht entfernt so wirksam.

Brügelmann (Berlin) meint, dass es mehr auf die Methode des Inhalirens als auf den Apparat ankomme.

Rudloff (Wiesbaden) hat gleich günstige Resultate gemacht wie Robinson, Winckler und Kümmel.

Robinson (Baden-Baden) bemerkt im Schlusswort, dass er die Gefahr einer Infection im Wassmuthsaale für ausgeschlossen halte, da der Luftstrom viel zu schnell exspirirte Substanzen zu Boden reisse. Er beschreibt die Vorzüglichkeit der Ventilation. Dass der alte Dampfinhalationsapparat nicht dasselbe leiste wie die modernen Apparate, habe er auch experimentell nachweisen können.

29. Schwartze (Halle a/S.): Augenhintergrundsbefunde bei intracraniellen Complicationen der Otitis.

30. Guye (Amsterdam): Vier Fälle von Ausräumung der Keilbeinhöhle bei recidivirenden Nasenpolypen.

In den 4 Fällen, welche ausführlich mitgetheilt werden, hat G. erst durch die Ausräumung der Keilbeinhöhle eine dauernde Heilung erzielt. Eine Entfernung der mittleren Muschel wurde nicht für nöthig gehalten. G. meint, dass die mit der Keilbeinhöhle zusammenhängenden Polypenreste in manchen Fällen für die vielen Recidive der Nasenpolypen verantwortlich zu machen sind. Symptome von Seiten des Auges hat er in keinem der 4 Fälle beobachtet. Für solche Fälle verweist er hauptsächlich auf eine Arbeit von Holmes in den Archives of Ophthalmology. 1896. No. 4.

Discussion:

Winckler (Bremen) empfiehlt die grösste Vorsicht bei Operationen in der Gegend an der vorderen Keilbeinhöhlenwand, die er bei endonasalem Vorgehen und nicht gleichzeitigem äusseren Eingriff für ein noli me tangere hält. Er erwähnt kurz einen Fall, bei dem ihm der Patient zu Grunde ging, als er endonasal Polypen in dieser Gegend mit einer stumpfen Löffelzange fortnahm.

Flatau (Berlin) schliesst sich der Mahnung zu grosser Vorsicht an.

Cordes (Berlin) empfiehlt zur Abtragung der vorderen Keilbeinhöhlenwand seinen Doppelmeissel.

Noltenius (Bremen) hält das Arbeiten im Dunkeln bei Beobachtung der erforderlichen Cautelen für nicht so gefährlich.

Winckler hält Operationen an der Keilbeinhöhle unter Benutzung des Röntgenschirms für noch gefährlicher als die an der Stirnhöhle (Spiess).

31. Reinhard (Cöln a. Rh.): Ein Fall von chronischer Mittelohreiterung complicirt durch Schädelfractur.

32. Cordes (Berlin): Die Behandlung der trockenen chronischen Mittelohrkatarrhe, insbesondere der Sclerose, mit Luftverdünnung im Gehörgang.

6. (letzte) Sitzung. Donnerstag, den 26. September, Nachm. $2^1/_4$ Uhr.

Vorsitzender: Kümmel (Breslau).

33. Thost (Hamburg): Ueber Asthma, Heufieber und verwandte Zustände. Referat.

1. Asthma.

Das sehr ausführliche Referat berichtet zunächst über den augenblicklichen Stand unserer Kenntniss von dieser Reflexneurose, die sich deutsch am besten als Brustkrampf bezeichnen liesse. Spastische Erscheinungen, nämlich ein Zwerchfellkrampf und ein peristaltischer Bronchialmuskelkrampf, und vasomotorische Störungen, Hyperämie der Schleimhaut etc., erzeugen zusammen das Symptomenbild. Die Betheiligung des Vagus, des Trigeminus, des Olfactorius und des Sympathicus wird näher erörtert. Bei allen diesen Reflexvorgängen ist aber eine Betheiligung der grossen Centren im Gehirn und in der Medulla nöthig. In der Ueberempfindlichkeit resp. direct Erkrankung dieser Theile liegt die Disposition. Gewisse Formen des Asthma werden sogar durch directe Wirkung auf die Centren erklärt.

Der dem Anfall fast immer vorangehende eigenthümliche Schnupfen, sowie die Neigung der meisten Asthmatiker zu Erkältung, feuchter Haut und sehr oft auch Schweissfüssen werden besonders betont.

Nach einer eingehenden Besprechung der Beziehungen zwischen Nasenveränderungen und Asthma spricht Vortr. für eine energische Behandlung der Nase bei allen Asthmatikern mit Veränderungen in der Nase. Alle Praktiker

stimmen darin überein, dass dadurch die Heilung einzelner Fälle sicher erreicht, fast in allen Fällen aber eine ganz wesentliche, wenn auch oft nur vorübergehende Besserung erzielt wird. Wenigstens bei richtiger und genügender localer Behandlung. Daneben haben sich schwedische Heilgymnastik, Athemübungen und hydropathische Maassnahmen am besten bewährt. Vor der amerikanischen Asthmakur von Harald Hayes in Buffalo wird eindringlich gewarnt.

2. Heufieber.

Vortr. betont zuerst die sehr enge Beziehung zwischen dem Heufieber und dem gewöhnlichen Asthma. Namentlich ist bezüglich der Disposition eine völlige Uebereinstimmung. Nur die erregende Ursache ist beim Heufieber eine andere.

Th. ist durch eine Umfrage mittelst systematisch abgefasster Fragebogen in den Besitz von etwa 350 Krankengeschichten von Heufieberkranken gekommen.

Als zusammenfassendes Resultat ergiebt sich zunächst, dass: 1. ein von Aussen kommender Erreger vorhanden sein muss, der zweifellos von der Vegetation geliefert wird; 2. eine locale Disposition bestehen muss, die ihren Sitz in der Schleimhaut des oberen Respirationstractus hat; und 3. noch eine besondere individuelle Disposition, eine Idiosyncrasie, bestehen muss.

Was 1. den Erreger betrifft, so glaubt Vortr. aus Gründen, die er näher ausführt, nicht, dass die gewöhnlich beschuldigten Blüthenpollen wirklich als solcher anzusehen sind. Er hält es für sehr wahrscheinlich, dass die Erregungen der Geruchsnerven bei der Erzeugung des Heufiebers eine Rolle spielen, und dass es vielleicht Riechstoffe, feine ätherische Oele, die unter dem Einfluss starken Sonnenlichts bei der ersten Blüthe, namentlich der Getreidefelder und speciell der Roggenfelder sich entwickeln, die Ursache für das Heufieber darstellen.

Was 2. die locale Disposition anbelangt, so drängt sich ein Zusammenhang zwischen katarrhalischer Disposition der Respirationsorgane und der Disposition zum Heufieber direct auf. Der Sitz der Krankheit ist hier zu suchen, und die Therapie muss hier einsetzen.

3. Bezüglich der individuellen Disposition ist bemerkenswerth, dass die Heufieberpatienten fast ausschliesslich aus den gebildeten und wohlsituirten Kreisen stammen. Es sind meistens Leute, die geistig viel arbeiten, und deren Gehirn in einem höheren Erregungsgrad sich befindet. Daneben auch eine ziemlich grosse Anzahl wirklich Nervenleidender.

Eine Erklärung dafür, dass das Heufieber in der letzten Zeit an Verbreitung gewonnen, findet Vortr. darin, dass durch die häufigen Influenzaepidemien sowohl die Disposition der Schleimhäute häufiger verbreitet ist, als auch die allgemeine Disposition, kurz gesagt die Nervosität zugenommen hat.

34. Brügelmann (Berlin): Aetiologie und Symptomatologie des Asthmas.

35. Barth (Sensburg): Das Respirationshinderniss beim Bronchialasthma.

Das Bronchialasthma, eine Respirationsneurose, stellt nach Vortr. eine gestörte Athmung vor, die sich mit einem Hinderniss nervöser Natur abfinden muss.

B. führt nun aus, dass dies Hinderniss nach seiner Ansicht auf einem Krampf der Bronchialmuskulatur und einem gleichzeitigen Krampf der Exspiratoren beruhe. Der Krampf der Bronchialmuskulatur und die veränderten Exspirationsbedingungen sollen auch das eigenartige Sekret erktären.

36. Franke (Hamburg): Augenerkrankung beim Heufieber.

Vortr. bespricht Vorkommen, Symptome, Diagnostik und Behandlung der Augenerkrankung beim Heufieber. Er kommt zu dem Schluss, dass die Erkrankung — bei voller Anerkennung des specifischen Charakters des Heufiebers — sich in ihrem ganzen Verlaufe nicht von den bei acutem Schnupfen auftretenden Bindehautentzündungen unterscheide.

37. Schneider (Osnabrück): Die Bestrebungen und Erfahrungen des Heufieberbundes von Helgoland.

Vortr. ist selbst heufieberleidend und Schriftführer des am 1. Juli 1898 gegründeten Heufieberbundes von Helgoland, dessen Zwecke sind:

1. Gesellige Unterhaltung. 2. Ertheilung von Rath und Auskunft über das Heufieber und seine Behandlung. 3. Unterstützung von hülfsbedürftigen Heukranken, um ihnen einen Aufenthalt in Helgoland zu erleichtern.

Die Heubundakten enthalten eine grosse Menge werthvoller Mittheilungen über Einzelsymptome, über den Gesammtverlauf und über die Erfahrungen mit Heil- und Linderungsmitteln. Die Berichte werden jährlich veröffentlicht und stehen jedem Interessenten zur Verfügung. Der Bund nimmt in keiner Weise eine feindselige Stellung der ärztlichen Kunst und Wissenschaft und der ärztlichen Behandlung gegenüber ein.

Sch. berichtet dann eingehend über die Erfahrungen des Bundes bezüglich der Aetiologie und der Behandlung des Heufiebers. Mit Sicherheit lässt sich der Anfall nur vermeiden, wenn man der Blüthezeit ausweicht durch Aufsuchen eines blüthefreien Ortes. Am sichersten ist man auf hoher See. Unter den Seebädern ist daher auch das Inselbad Helgoland das beste.

38. Weil (Hamburg): Der mikroskopische und bakteriologische Befund im Nasenschleim der Heufieberpatienten. (Mit Demonstrationen.)

Vortr. hat das Nasensekret von 26 Heufieberfällen bakteriologisch und mikroskopisch untersucht. Es fand sich mit auffallender Regelmässigkeit ein Coccus vor, den er in 11 zur Controlle untersuchten Nasensekreten Gesunder oder nicht an Heufieber Leidender vermisste, und der auch von keinem Untersucher der Bakterienflora in der Nase erwähnt wird. Der Coccus war auf allen Nährböden in der Regel durch mehrere Colonien vertreten, während sich im Uebrigen das Sekret arm erwies an wechselnden Bakterienarten, Schimmelpilzen und Hefen.

Vortr. giebt dann eine Beschreibung der kulturellen und mikroskopischen Eigenschaften des Coccus, der dem Micrococcus liquefaciens conjunctivae sehr nahe steht. Der Coccus erwies sich als nicht pathogen für Mäuse und Meerschweinchen, verursachte auch dem Vortr. selbst in die Nase eingeführt keinerlei

Beschwerden. Sogar bei zu Heufieber disponirten Aerzten war der Coccus bis jetzt nicht in der Lage, zu heufieberfreien Zeiten einen Anfall auszulösen. Das thut aber auch der Pollen nicht.

Trotz gründlichstem Vorgehen und Anwendung aller Hülfsmittel ist es nicht gelungen, in einer der Sekretproben Gebilde zu finden, die bei strenger Kritik als Pollenkörner oder Polleninhalt hätten angesprochen werden dürfen.

39. Rosenberg (Berlin): Zur Behandlung der Coryza vasomotoria.

Vortr. berichtet über günstige Erfolge bei der Behandlung der Coryza vasomotoria mit Nebennierenextract, sicherer local als intern (nicht mehr als 4mal täglich eine B. u. W. tabloid suprarenal). Er rühmt die unübertroffene ischämisirende Wirkung des Mittels. Beim Heufieber war der Erfolg unsicher.

Eine Discussion über die Vorträge 33—39 ist für die nächste Versammlung (1902 in Karlsbad) in Aussicht genommen.

IV. Briefkasten.

Eine stimmphysiologische Anfrage.

Sehr verehrter Herr Professor!

Darf ich Sie bitten, im Centralblatt nachstehende Beobachtung bekannt zu geben:

Lässt man einen Ton mit geschlossenen Lippen summen, so wird derselbe bei freier Durchgängigkeit beider Nasenseiten keine Aenderung seiner Tonhöhe erfahren, wenn man ein Nasenloch zuhält. Ist dagegen eine Nasenseite bis zu einem gewissen Grade verengt, so wird die Tonhöhe des gesummten Tones oft um einen halben Ton und mehr herabgehen, sobald man die nicht verengte Nasenseite schliesst. Da ich mir für diese merkwürdige Thatsache keine stichhaltige Erklärung geben kann, dieselbe aber sowohl vom Standpunkte der Stimmphysiologie als auch für die Behandlung von Stimmstörungen wichtig halte, ersuche ich die Collegen, mir ihre Ansichten hierüber mittheilen zu wollen.

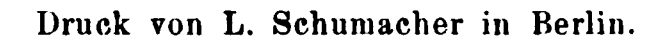
Mit freundlichem Grusse

Ihr sehr ergebener

Dr. Spiess,

18 Grosse Gallusstrasse,

Frankfurt a/Main.



Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, März. 1902. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Stein, V. Saxtorph** (Kopenhagen). **Otolaryngologische Kasuistik.** *Hospitalstidende. 1901. p. 601. Kasuistische Mittheilung aus der Universitäts-Klinik zu Kopenhagen (E. Schmiegelow).*

1. 56 jähriger Mann. Fibroadenoma cysticum nasi: die linke Seite der Nase ausfüllend, von der Gegend der Concha media ausgehend. In Narkose nach Aufklappen der Nase mittels scharfen Löffels operirt. Nirgends war der Knochen denudirt. In den folgenden Monaten mittels Schlinge operirt. Zuletzt Heilung. Mikroskopische Diagnose.

2. Nasenrachen-Fibrom bei einem 21 jährigen Manne. Galvanocaustisch entfernt.

3. Empyema antri Highmori bei einer 21 jährigen Frau; dentaler Ursprung. Mittels Durchspülung von dem Alveolargrübchen aus wurde eine Menge von sehr übelriechenden grauen Massen, die gekautem Zeitungspapier sehr ähnlich waren, entfernt. Im Laufe von 4 Monaten Heilung.

4. Empyema antri Highmori duplex bei einer 53 jährigen Frau.

5. Angina phlegmonosa, 27jährige Frau, der Abscess recidivirte, bis permanente Drainage mittels einer Jodoformmèche durchgeführt wurde.

6. Abscessus linguae über der Basis epiglottidis bei einem 16jährigen Knaben.

7. Tuberculosis laryngis bei einem 16 jährigen Knaben, der mittels Thyreotomie und Entfernung der tuberculösen Infiltrationen der unteren Flächen der Stimmbänder und nachfolgender Cauterisation mit Platina candens behandelt wurde. 3 Wochen nach der Operation wurde er ambulanter Behandlung überwiesen.

8. Tuberculöse Infiltration der hinteren Larynxwand bei einem 22jährigen Mädchen endolaryngeal entfernt. Später Recidiv.

9. Syphilitische Stenosis laryngis bei einem 37jährigen Mann. Perichondritis cartil. cricoideae, Anchylosis articulat. cricoarytaenod. dextrae. Tracheotomie. Schroetter's Hartgummikatheter. Heilung.



10. Papillomata laryngis bei einem 8jährigen Mädchen — Tracheotomie, endolaryngeale Entfernung der Neubildungen. Resultat unbekannt.

SCHMIEGELOW.

2) **Jonathan Wright. Einige flüchtige kritische Bemerkungen über die neue laryngologische und rhinologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *Laryngoscope. Juni 1901.*

Eine kritische Betrachtung der chirurgischen Bestrebungen auf intranasalem Gebiet leitet uns mehr zum conservativen Verfahren hin. Verfasser referirt kurz eine Arbeit von Lermoyez und Mahu in der Julinummer der Annales des Maladies de l'Oreille 1900, betreffend die Anwendung der heissen Luft bei der Behandlung von acuten und chronischen Affectionen der Nasenschleimhaut. Einen weiteren Beitrag zu der Frage bringt Lichtwitz in einer Arbeit vom April 1901. Es wird die heisse Luft als sehr einfaches Verfahren gegen die Schleimhauterkrankungen empfohlen und die Verfasser rühmen vornehmlich die entwässernde und constringirende Wirkung derselben auf die Gewebe. Dadurch gehen die Vascularisationen zurück, die serösen Exsudationen kommen zur Resorption und die Krankheitserscheinungen werden beträchtlich erleichtert. Wenn auch die Autoren die Wirksamkeit des Verfahrens bei chronischer Hyperplasie der Weichtheile hervorheben, so ist doch weniger leicht verständlich, wie fibröses Gewebe, Drüsenschwellungen und Gefässerweiterungen, die schon lange bestehen, auf diese Weise zur Rückbildung gebracht werden sollen. Immerhin ist es nicht ganz undenkbar und in Anbetracht der warmen Empfehlungen muss hier die Ueberlegung der practischen Erfahrung Raum geben. Bei acut entzündlichen Processen können wir nach mehrfacher Wiederholung des Verfahrens günstige Resultate erwarten; möglicherweise werden auf diese Weise die Ernährungsverhältnisse der betreffenden Gewebspartien derartig verändert, dass eine Rückbildung des hyperplastischen Gewebes erfolgen kann. Immerhin kommt hierbei das physiologische Gesetz von der Reaction in Betracht, die auf das Verfahren folgen muss, soweit es die Anwendung von Cocain und Nebennierenextract zulässt. Die Anwendung der trocknen Hitze auf die Haut ist sehr beliebt, vornehmlich in der allgemeinen ärztlichen Praxis. Es steht zu hoffen, dass die Heilkraft der Methode sich auch weiterhin bestätigt.

EMIL MAYER.

3) **Sendziak. Die Bedeutung der Laryngologie und der Otologie für die allgemeine Medicin. (Znaczenie laryngologii, rynologii i othologii dla ogólnej medycyny.)** *Przeglad lek. No. 11. Rok 1901.*

Allgemeine Betrachtungen des diesbezüglichen Themas. Verfasser betont die Nothwendigkeit der Creirung specieller Lehrstühle der Laryngologie und Otologie an allen medicinischen Schulen.

v. SOKOLOWSKI.

4) **R. Bylsma** (Middelburg). **Mittheilungen aus der Ophthalmo-, Oto- und Rhino-Pharyngologie. (Mededeelingen uit de ophthalmo-, oto- en rhino-pharyngologie.)** *Geneesk. Courant. 1901. No. 8 ff.*

Für Specialisten nicht bestimmte Besprechungen in Causerie-Form.

H. BURGER.



5) **W. Scheppegrell. Der Staub als Ursache von Erkrankungen der oberen Luftwege. (Dust as a factor in disease of the upper respiratory passage.)** *American Medicine. 6., 13. April 1901.*

Verfasser bespricht die Rolle des Staubes unter den Erkrankungsursachen der oberen Luftwege und giebt einige Hinweise zur diesbezüglichen hygienischen Prophylaxe. Er betont hauptsächlich, dass die oberen Luftwege selbst in möglichst gesundem Zustand erhalten und Erkrankungen derselben sofort sorgfältiger Behandlung unterzogen werden sollen. Wenn diese Vorbedingungen eingehalten werden, kann der Staub nur eine wenig bedeutsame Rolle bei der Erkrankung der oberen Luftwege spielen.

EMIL MAYER.

6) **E. B. Blumenau. Ueber die Affectionen der oberen Luftwege bei Rheumatismus. (On the Affections of the upper respiratory passages in Rheumatism.)** *N. Y. Medical Journal. 6. April 1901. Wratsch. 1901.*

Verfasser macht auf den Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Halses und acutem Gelenkrheumatismus, wie er bereits 1855 von Trousseau, Clark und Ogle hervorgehoben worden ist, aufmerksam. Eine von der British Medical Association eingesetzte Commission konnte im Jahre 1885 feststellen, dass in beinahe 25 Procent von Gelenkrheumatismus eine Entzündung der Tonsillen vorausgehe. Seitdem sind zahlreiche Publikationen über diesen Gegenstand erschienen und es herrscht heute kein Zweifel, dass es klinisch eine Form von Angina giebt, der die Bezeichnung „Rheumatic sore throat“ zukommen muss. Es ist wohl bekannt, dass die Tonsillen für eine grosse Zahl von bacteriellen Krankheitserregern, wie Scharlach und Diphtherie die Eingangspforte bilden. Da die bacterielle Ursache des Rheumatismus noch unbekannt ist, ist auch die bacterielle Beziehung zwischen Rheumatismus und Angina nicht ganz klar. Möglicherweise haben die Fäulnisskeime und der Dipplokokkus-Fränkel, die sich in dem Secret der entzündlichen Tonsillen vorfinden, eine gewisse Beziehung sowohl zur Angina, wie zum Rheumatismus. Wir können noch nicht mit Sicherheit sagen, dass die verschiedenen entzündlichen Erkrankungen der Gelenke, wie sie als Gelenkrheumatismus beschrieben werden, eine einheitliche Affection darstellen. Die Thatsache, dass die Salicylpräparate nicht in jedem Fall von Rheumatismus wirksam sind, erweist, dass verschiedene Krankheitsursachen für diese Gelenkaffectionen in Frage kommen können. Immerhin bestehen zweifellos klinische und ätiologische Beziehungen unter gewissen Fällen von Angina und acutem Gelenkrheumatismus. Die Tonsillen sind die Haupteingangspforte für das rheumatische Gift. Verfasser untersuchte 20 Kranke mit acutem Gelenkrheumatismus am 1. Tag nach ihrem Eintritt in das Krankenhaus und fand, dass bei 3 von ihnen schon vor der Gelenkerkrankung Halsschmerzen vorhanden waren. Ausserdem berichtet er von 3 Fällen, in denen Angina mit nachfolgendem Gelenkrheumatismus festgestellt worden war, ferner von einem Fall von Entzündung der Articulatio cricoarytaenoidea und von einem weiteren Fall von Entzündung dieses Gelenkes bei Influenza mit nachfolgendem Typhus.

LEFFERTS.

7) **A. C. H. Moll** (Arnhem). **Einiges über die oberen Luftwege in Zusammenhang mit Infection. (Iets over de bovenste luchtwegen in verband met infectie.)** *Med. Weekblad. 15. Juni bis 13. Juli 1901.*

Ausführliche und interessante Besprechung der Frage inwiefern die oberen Luftwege einen Schutzwall gegen Infection darstellen. Verf. kommt zu dem Schluss, dass dies weder in Bezug auf die Tuberculose noch auf den Rheumatismus der Fall ist; dass im Gegentheil manche Infection die Tonsillen als porte d'entrée benutzt. Seine practische Folgerung ist die Anregung, auch der Infectionsgefahr wegen kräftig die Mundathmung zu bekämpfen.

H. BURGER.

8) **Jonothan Wright. Zur Aetiologie der tuberculösen Erkrankungen der oberen Luftwege. (Problems in the etiology, diagnosis and treatment of tubercular disease of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 26. Januar 1901. The New York State Journal of Medicine. Mai 1901.*

Verfasser ist der Ansicht, dass der Tuberkelbacillus auf intra- oder intercellulärem Wege direct durch das Oberflächenepithel der Schleimhaut eindringen kann, ohne dass dabei die Continuität der Epithelzellen unterbrochen zu sein braucht. Wenn es sich um einen Patienten handelt, der kein hohes Fieber hat und noch unverhältnissmässig ungestörtes Allgemeinbefinden, so kann die Entfernung der Granulationen und des infiltrirten Gewebes mit scharfer Zange und Curette, besonders auch der Veränderungen an der Epiglottis, oft sehr gute Resultate haben. Die Schlingbeschwerden bessern sich erheblich und zuweilen kommt es zur Vernarbung der Wundflächen. Die Wirkung submucöser Injectionen verschiedener Medicamente, besonders von Creosot und Milchsäure auf diese krankhaften Processe ist nicht recht verständlich, eher bei Erkrankungen des Larynx, vornehmlich an den gelenkigen Verbindungen desselben, wo der Erfolg besonders gerühmt wird.

EMIL MAYER.

9) **Eduard Gros. Eine practische Vorschrift zur Behandlung zahlreicher Erkrankungen der oberen Luftwege. (A practical prescription applicable in many affections of the upper air passages.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. März 1901.*

Verfasser empfiehlt die Verabreichung einer Lösung von chemisch reinem Chinin-Glycerophosphat in Creosot-Benzoe und Eucalyptol in 10 oder 12 Kapseln von $2\frac{1}{2}$ cg Dosen.

EMIL MAYER.

10) **Arthur G. Hobbs. Heilverfahren bei entzündlichen Katarrhen der oberen Luftwege. (The boneful effects and curability of catarrhal inflammation of tho upper air tract.)** *Atlanta Journal-Record of Medicine. Juni 1901.*

Der Verfasser ist ein grosser Verehrer von Sprays. Bei der Operation von adenoiden Wucherungen wendet er selten ein Narcoticum bei der Operation an. „Sorgfältige Anwendung von Cocain, ausgiebiger Gebrauch von Orthoform machen die Operation ganz schmerzlos.“

EMIL MAYER.

11) E. B. Gleason. **Silbernitrat und andere Silbersalze bei der Behandlung von entzündlichen Zuständen der Schleimhaut der oberen Luftwege. (Nitrate of silver and other salts of silver in the treatment of inflammation of the mucous membrane of the upper respiratory tract.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1901.*

Verf. bespricht die bekannte Behandlung mit Silbersalzen. EMIL MAYER.

12) Gradenigo. **Ueber fieberhafte Reaction nach Operationen in den oberen Luftwegen. (Sulla reazione febbrile dopo operazioni nelle prime vie aeree.)** *Giorn. d. R. Academia d. Medicina di Torino. Mai 1901.*

Die fieberhafte Reaction, die nach Operationen in Nase und Hals auftreten kann, ist entweder eine in directem Zusammenhang mit der Operation und unmittelbar nach dieser auftretende, oder sie erscheint einige Tage später als Ausdruck einer besonders nach Operationen in der Nase häufigen Complication, nämlich einer Angina lacunaris. Auftreten und Intensität des Fiebers hängt, abgesehen von der individuellen Constitution des Patienten, von der Natur des operativen Eingriffs ab. Was den letzteren betrifft, so kommen in erster Linie in Betracht Operationen an der knöchernen Wänden der Nasenhöhle, dem Septum, den Nebenhöhlen und der mittleren Muschel. Dann folgen galvanokaustische Eingriffe an der unteren Muschel. Um diese fieberhaften Reactionen zu vermeiden, was am besten durch eine sorgsame Nachbehandlung geschehen kann, empfiehlt es sich, die Operirten für die ersten 2—3 Tage ins Krankenhaus aufzunehmen. FINDER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) W. Hinsberg. **Die Entwickelung der Nasenhöhle bei Amphibien. Theil I und II. Anuren und Urodelen.** *Archiv f. mikrosk. Anat. Bd. 58. 1901.*

Der Verfasser hat sich der verdienstlichen Aufgabe unterzogen, die Götteschen Untersuchungen über die Entwicklung des Geruchsorgans der Froschlurche (Unke) einer Nachprüfung zu unterziehen und die erste Entwicklung der Nase der Schwanzlurche zum ersten Male einer genauen Untersuchung zu unterwerfen, wobei er sich in ausgedehntem Maasse der Plattenmodellirmethode bedient hat. Mit den Resultaten Götte's stimmen die seinigen in dem ausserordentlich wichtigen Punkte überein, dass bei den Froschlurchen die Communication des Nasenlumens mit der Mundhöhle nicht durch Ueberbrückung einer von der Nasengrube zur Mundbucht verlaufenden Rinne entsteht, wie bei den meisten Amnioten. Es wächst vielmehr die Nasenhöhle, die zunächst einen nur nach aussen mündenden Blindsack darstellt, an das Epithel der Mundhöhle heran, worauf ein secundärer Durchbruch des Nasenlumens in die Mundhöhle erfolgt, und zwar caudalwärts von der Rachenmembran. Im Gegensatz zu Götte vertritt Hinsberg die Ansicht, dass der unter Betheiligung der Oberhaut entstandene Lumentheil von vorn herein als Blindsack und nicht erst als Rinne angelegt wird. Ebenso wie die Froschlurche verhalten sich auch die Schwanzlurche. Nur in der Bildung des Nasenlumens besteht ein Unterschied: bei den Schwanzlurchen ist von Anfang an ein einheitliches Lumen vorhanden, während bei den Froschlurchen sich bei der

Lumenbildung complicirtere Processe abspielen. In beiden Amphibienordnungen wird das anfangs einfache Nasenlumen durch Blindsackbildungen complicirt.

R. SEMON.

14) **Muck** (Rostock). **Ueber das Vorkommen von Rhodan im Nasen- und Conjunctivalsecret.** *Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1900.*

M. weist nach, dass das Secret der Nase Rhodan enthalte, und dass dieses nicht von dem gleichzeitig rhodanhaltigen Secret des Conjunctivalsackes herstamme.

SCHECH.

15) **Arthur Keller. Ueber das Vorkommen von Rhodan im Nasensecret.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1900.*

R. fand wie Muck bei Erwachsenen im Nasensecret bei Kindern Rhodankalium.

SCHECH.

16) **L. Réthi** (Wien). **Untersuchungen über die Luftströmung in der normalen und kranken Nase.** *Vortrag, gehalten in der K. K. Gesellsch. der Aerzte am 18. Mai 1900. Wien. med. Presse. 1900. No. 48 u. 49.*

Nach kurzer Mittheilung der diesbezüglichen Literatur bespricht R. die Technik seiner Experimente an Leichenköpfen. — Die Versuche an normalen Nasen ergaben, dass bei kräftiger Respiration die Hauptmenge der Luft anfangs nach oben, in der Höhe des vorderen Endes der mittleren Muschel nach hinten strömt, nach innen von dieser verbleibt, sodann am hinteren Muschelende nach hinten gegen den Nasenrachenraum abbiegt. Im unteren Nasengange entsteht hinten ein Wirbel. — Bei pathologisch veränderten Nasen oder bei Hindernissen im Nasenrachenraum weicht der Luftstrom denselben aus, doch hat er stets die Tendenz, die oben beschriebene Richtung beizubehalten.

CHIARI.

17) **G. W. Drake. Die einfachste Erklärung der Functionen des Nervensystems. (The simplest explanation of the functions of the nervous system.)** *Journal American Medical Association. 9. März 1901.*

Der Geruchssinn: Riechende Partikel treten in Contact mit der Schleimhaut der Nase, machen nervöse Energie (neuric energy) an den peripheren Endigungen gewisser Nerven frei, die sich auf das Olfactoriuscentrum im Gehirn überträgt, wo die Geruchsempfindungen verursacht werden.

Der Geschmackssinn: Schmeckende Substanzen machen an den peripherischen Endigungen der Geschmacksnerven im Munde nervöse Energie frei, die auf die Geschmackscentren im Hirn weitergeleitet wird und dort die Geschmacksempfindungen hervorruft.

EMIL MAYER.

18) **Ferran. Der Geruchssinn als diagnostisches Hülfsmittel bei Tuberculose. (The sense of smell as an aid to diagnosis in tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 4. August 1900.*

Verfasser weist in einer kürzlichen Mittheilung darauf hin, dass durch die Anwesenheit einer saprophytischen Form des Koch'schen Bacillus ein Geruch verursacht wird, der so charakteristisch ist, dass daraus die Tuberculose am Ge-

ruch des Sputums diagnosticirt werden kann, auch wenn es wenig Tuberkelbacillen enthält.

LEFFERTS.

19) Vittorio Grazzi. **Die Wichtigkeit des Geruchssinnes bei verschiedenen agricultorischen Beschäftigungen. (Importanza del senso dell'olfatto in varie industrie agricole.)** *Atti della Academia dei Georgofili. 1901. Heft 1.*

Verf. setzt auseinander, wie wichtig für den in der Agricultur Thätigen — besonders in einem Lande, wo dieselbe hauptsächlich in Weinbau, Obst- und Blumenzucht besteht — die Intactheit des Geruchssinnes ist, bespricht die Hygiene des letzteren und die olfactometrischen Methoden.

FINDER.

20) A. Onodi. **Aetiologie der Anosmie. (Etiology of Anosmia.)** *N. Y. Medical News. 8. September 1900.*

Der Verlauf der centralen Fasern des Olfactorius ist noch zu unvollständig bekannt, um daraus die Bahnen und Centren für die Controle des Geruchs zu bestimmen und ebenso sind die Ursachen, welche Störungen des Geruchssinnes hervorrufen, nicht immer durchsichtig. O. hält es für zweckmässig, die Anosmie einzutheilen in essentielle oder wirkliche, mechanische oder respiratorische, und functionelle. Die erst erwähnte kann central oder peripher sein. Zu den Ursachen der peripheren Typen gehören Influenza, Syphilis der Nase, Polypen, chronische Siebbeinentzündung und Atrophie der Schleimhaut. Gehirntumoren in der Fossa anterior, Hirnabscess, Hydrops der Ventrikel, Syringomyelie, progressive Paralyse, cerebrale Tabes und senile Atrophie sind die häufigsten Ursachen der centralen Erkrankung. Die zweite Gruppe umfasst alle diejenigen Formen, in welchen mechanische Athemhindernisse bestehen, z. B. Atresie der Choanen, Deviation des Septums u. s. w. Functionelle Anosmie wird im Allgemeinen verursacht durch Hysterie auf reflectorischem Wege während der Menstruation, nach Entfernung des Ganglion Gasseri, Cauterisation der unteren Muschel oder Ovariotomie. Parosmie und Kakosmie können Vorläufer für gewisse Formen von Anosmie sein.

LEFFERTS.

21) A. de Blasi. **Zwei Fälle von angeborener essentieller Anosmie. (Due casi di anosmia congenita essenziale.)** *Gazzett. d. ospedali e cliniche. No. 63. 1901.*

In beiden Fällen handelt es sich um Männer, die niemals in ihrem Leben irgend welchen Geruch wahrgenommen hatten, bei denen die Rhinoskopie — abgesehen von einer leichten Septumdeviation in dem einen Falle — einen völlig normalen Befund ergab, während die physiologische Untersuchung zeigte, dass die Nasenschleimhaut zwar auf alle grobmechanischen Reize reagirte, dass dagegen in beiden Nasenhälften eine totale Anosmie auch gegenüber den stärksten Riechreizen bestand. Verf. glaubt, dass derartige angeborene Anosmien nicht gerade so extrem selten sind, dass sie jedoch in vielen Fällen in Folge der Indifferenz der davon betroffenen Individuen nicht zur Wahrnehmung gelangen.

FINDER.

22) Viollet. **Untersuchungen über die Abwehrmittel des Organismus gegen Infection der Luftwege durch die Nase. (Recherche sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Die Formelemente des Schleimes, vornehmlich die Leukocyten sind die

einzigen Vertheidigungsmittel des Organismus gegen Infection durch die Nasenwege. Die Leukocyten finden sich sehr zahlreich in dem normalen oder pathologischen Nasenschleim und entstammen dem Chorion der Schleimhaut. Sie besitzen amöboide Bewegung, die bei einer Temperatur von 37° mehrere Stunden in vitro fortdauert. V. hat feststellen können, dass diese Leukocyten Staubkörnchen und häufig Bakterien in sich aufnehmen. Nach seiner Beobachtung unterliegen die lebenden Mikroorganismen (Pneumobacillus und Streptococcus) einer wirklichen Phagocytose durch die Leukocyten. Das schnelle Verschwinden von Staub und Infectionskeimen, wie sie die Einathmungsluft jeden Augenblick in die Nasenwege einführt, ist also lediglich auf Thätigkeit der Leukocyten und nicht der Schleimhaut oder ihrer Wimperfäden zurückzuführen. PAUL RAUGÉ.

23) **Ad. Cartaz. Elephantiasis der Nase. (Elephantiasis du nez.)** *Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences. Boulogne sur mer. September 1899.*

Verf. berichtet über einen Fall von Elephantiasis der Nase, in welchem er aus bestimmten Gründen den Galvanokauter anwenden musste. Er führte damit auf der Nase eine Anzahl streifenförmiger Cauterisationen aus und zerstörte durch subcutane Cauterisationen die hypertrophischen Massen; auf diese Weise erzielte er ein befriedigendes ästhetisches Resultat. Der Kranke hatte jede Art von blutigem Eingriff verweigert.

Verf. veröffentlicht dann 2 noch nicht publicirte Beobachtungen von Poncet und Tellier mit Photographien; von den bekannten Fällen Imbert's, Delonne's und Theulot's bringt er Reproductionen bei, und bespricht endlich ein Ghirlandajo'sches Gemälde aus dem Louvre, auf dem man gleichfalls Elephantiasis der Nase sieht. AUTOREFERAT.

24) **A. Sigallas. Ueber die hypertrophische Acne der Nase. (De l'acné hypertrophique du nez.)** *Thèse de Paris. December 1900.*

Diese Dissertation stellt eine ziemlich vollständige Studie über die Elephantiasis nasalis oder Acne hypertrophica mit einigen neuen Beobachtungen und Photographien dar, die vor und nach der Operation aufgenommen sind. Bei einem der Fälle konnte eine genaue histologische Untersuchung von Letullo ausgeführt und damit das Untersuchungsresultat bestätigt werden: Hypertrophie und Hyperplasie der Talgdrüsen mit fibrösen Veränderungen des dermalen Bindegewebes und ausgesprochener Sklerose der Drüsenelemente. Verf. empfiehlt in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Chirurgen die Abtragung mit Bistouri und Scheere und nachfolgende Cauterisation. Einige Beobachtungen der neueren Literatur sind dabei dem Verf. entgangen. A. CARTAZ.

25) **J. Pantaloni. Drei Fälle von Wiederherstellung der Nase bei hypertrophischer Acne. (Three cases of restoration of the nose in hypertrophic Acne.)** *N. Y. Medical Record. 4. Mai 1901.*

Verf. hält die von ihm in diesen Fällen angewandte Methode, die in vollständiger Abtragung der hypertrophischen Partien besteht, für die beste. Diese

Excision genügt in der Majorität der Fälle, ohne dass danach Rhinoplastik nothwendig würde. Die Excision kann mit Scheere oder mit Bistouri gemacht werden, mit ersterer freilich leichter und müheloser. Zuweilen werden später plastische Operationen in der Nase nothwendig. LEFFERTS.

26) **Berchoud. Nasale Erkrankung unklarer Natur. (A nasal disease of doubtful nature.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Es handelt sich hier um einen Kranken mit violett verfärbter Schwellung der unteren Nasenpartien, die so unsicherer Herkunft war, dass drei verschiedene Diagnosen gestellt wurden: Neoplasma, Rhinosklerom, Syphilis. Die Anamnese ergab syphilitische Infection vor vielen Jahren. Die Anomalie wurde gebessert durch subcutane Sublimatinjectionen. LEFFERTS.

27) **W. Walsham. Notiz zur Behandlung von Collaps der Nasenflügel. (Note on the treatment of collapse of the ala nasi.)** *Lancet. 30. März 1901.*

Von der inneren Wand des Vestibulums wird ein Schleimhautstreifen von etwa $^3/_{16}$ Zoll ausgeschnitten, sodann der Epithelbelag an der Stelle, wo die unteren seitlichen Nasenknorpel einen Winkel bilden, abgetragen, dadurch eine wunde Fläche geschaffen und der Schleimhautstreifen hier implantirt.

ADOLF BRONNER.

28) **Hofmann. Eine seltene Anomalie der lateralen Nasenhöhlenwandung.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1900.*

Aus der Tiefe des verhältnissmässig breiten oberen Nasenganges drängt sich eine muschelähnliche Bildung hervor, welche ihrer Formverhältnisse wegen für eine wahre Siebbeinmuschel gehalten werden könnte, die aber doch nur als eine Nebenmuschel des unteren Siebbeinspaltes anzusehen ist. SCHECH.

29) **Lannelongue** (Paris). **Ueber eine congenitale Fistula lacrymo-pharyngofacialis, die unterhalb des rechten Nasenloches mündet. (Sur une fistule congénitale lacrymo-pharyngo-faciale ouverte au-dessous de la narine droite.)** *Académie des Sciences. 11. Februar 1901.*

Es handelt sich um ein 2jähriges Mädchen mit einer Fistel unter dem rechten Nasenloch, die zum Theil mit dem Pharynx, zum Theil mit den Thränenwegen communicirt. Die correspondirende Fossa nasalis endigt blind nach unten. Die Operation bestand in einer Vereinigung der Nasenschleimhaut mit der Fistelmündung durch Naht. PAUL RAUGÉ.

30) **Büdinger. Fractur der Nase in ihren oberen Partieen. (Fracture of the nose in its upper portion.)** *N. Y. Medical Record. 1. September 1900.*

Mit Wiederherstellungsversuchen der Configuration durch äusserliche Anwendung von Pflastern u. s. w. soll man keine Zeit verlieren, sondern eine mediane Incision machen, die Fragmente reponiren und sie mit feinen Nähten in ihrer Stellung erhalten. LEFFERTS.

31) **Otto F. Stein. Symmetrisches Osteom der Nase. Bericht über einen Fall. (Symmetrical Osteoma of the nose with report of a case.)** *Laryngoscope. July 1900.*

Verfasser bericheet über den Fall und giebt eine Zusammenstellung der Literatur.

EMIL MAYER.

32) **C. Sieur** und **O. Jacob. Zwei Fälle von Deformation der Nasenscheidewand beim Neugeborenen und beim Fötus. (Deux cas de malformation de la cloison des fosses nasales chez le nouveau-né et le foetus.)** *Bull. soc. anat. de Paris. December 1899.*

Unter 18 Neugeborenen haben die Verfasser folgende zwei Fälle von Missbildungen der Nasenscheidewand gefunden. In einem Fall fand sich auf der rechten Seite eine 7 mm lange, 2 mm hohe Leiste, die in einem hypertrophischen Nuschke'schen Knorpel bestand. Auf dieser Seite war der Nasengang nicht perforirt und bildete im unteren Meatus eine erbsengrosse Cyste. Im anderen Fall fand sich bei einem 8monatlichen Fötus eine Cyste des Jacobson'schen Organs, welche die Nasenscheidewand nach rechts verdrängte.

A. CARTAZ.

33) **Reynier. Substanzverlust des Nasenflügels, Autoplastik durch Glissement. (Perte de substance de l'aile du nez. Autoplastic par glissement.)** *Société de Chirurgie. 6. Juni 1900.*

Demonstration einer Kranken, bei welcher der Nasenflügel mit Autoplastik durch Glissement vollständig ersetzt worden ist.

PAUL RAUGÉ.

34) **T. B. Murphy. Deformitäten der Nase. (Nasal deformities.)** *Medical Miror. Februar 1900.*

Eine sehr gewissenhafte Zusammenstellung der verschiedenen einschlägigen Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

35) **Paul Berger. Rhinoplastik. (Rhinoplasty.)** *N. Y. Medical Record. 24. März 1900.*

Verfasser construirt eine gänzlich neue Nase durch Einlegen eines Metallsattels zwischen zwei Hautlappen, die durch prima intentio miteinander vereint werden. Auf diese Weise wird Infection vermieden und ein zufriedenstellendes Resultat erreicht.

LEFFERTS.

36) **M. M. Kuznetsoff. Rhinoplastik nach der Israel'schen Methode. (Rhinoplasty by Israel's method.)** *N. Y. Medical Record. 24. März 1900.*

Verfasser berichtet über 2 Fälle von Rhinoplastik nach der Israel'schen Methode wegen Sattelnase. Sie wird zweizeitig ausgeführt: erstens Transplantation eines aus der Tibia herausgemeisselten Knochenstückes als Ersatz des Nasenrückens unter die Nasenhaut, zweitens modificirte italienische Rhinoplastik.

LEFFERTS.

37) **Berger. Bildung einer neuen Nase. (Formation of a new nose.)** *N. Y. Medical News. 7. April 1900.*

Die Operation wurde folgendermassen ausgeführt: Es wurden 2 Lappen zu

beiden Seiten der Wange ausgeschnitten, so dass ihre Basis an dem Winkel zwischen Oberlippe und Nase lag, dieselben dann nach oben gedreht und in der Mittellinie durch Naht verbunden mit nach innen gerichteter Oberfläche. Zur Deckung dieser beiden Lappen wurde ein Stirnlappen herangezogen, der mit seiner Epithelfläche nach aussen sah und so die Haut der Nase bildete. Zwischen diesen beiden Lappenschichten wurde eine Platinstütze angebracht, die auf der Crista der Nasenbeine und des Oberkiefers ruhte. Die Operationswunde heilte per primam, die Platinstütze lag völlig reizlos in dem Gewebe und es war somit beste Aussicht vorhanden, dass die Wiederherstellung der Nase eine dauernde bleibt.

LEFFERTS.

38) **J. Homer Coulter. Wiederherstellung traumatisch deformirter Nasen. (Repair of traumatic nasal deformities.)** *Medicine. Juni 1900.*

Zwei Fälle von schwerer Deformität sind hier, wie aus einer beigefügten Illustration zu ersehen ist, mit so günstigem Erfolg behandelt worden, dass die Operationsmethode ausführlich beschrieben werden mag. Im ersten Fall bestand eine vollkommene Depression des Nasenrückens. Auf beiden Seiten ragte über der Verbindung zwischen Nasen- und Wangenbein eine etwa 15 mm starke Exostose hervor und zwischen diesen eine weiche und auf Druck nachgiebige Vertiefung, die ein Fehlen der senkrechten Platte des Siebbeins wahrscheinlich machte. Die Nasenspitze dagegen trat höchst auffällig hervor, die Nasenflügel waren von gewöhnlicher Breite. Im Naseninnern fand sich gleichfalls eine interessante Veränderung. Die knorplige Nasenscheidewand war ganz zerstört und durch weiches Gewebe ersetzt. Zu beiden Seiten waren noch Reste der unteren Muscheln sichtbar, der ganze Respirationskanal in der Nase selbst nach Anwendung von Cocain kaum für einen Bleistift durchgängig und fast der ganze Nasenraum durch hypertrophisches Gewebe ausgefüllt. Nach der Ansicht des Verfassers waren durch die heftige Einwirkung des Traumas die Nasenbeine gespalten und gleichzeitig die senkrechte Platte des Siebbeins zertrümmert worden. Vermittelst eines langen schmalen Meissels und einer starken Adams'schen Zange ging Verfasser durch die Nasenlöcher ein und zertrümmerte die beiderseitigen Knochenmassen in mehrere Stücke, die er mühelos an die Mittellinie heranzubringen vermochte. Nachdem dies erreicht war, wurden Nasenstützen in geeigneter Weise verwandt und im Innern der Nase elastische Federn angebracht, die sowohl zur Stütze der Nase als auch zur Erweiterung des Respirationskanals dienten. Am 10. Tag wurden die Federn entfernt, die Röhren und Stützen blieben noch zwei Wochen länger liegen, um dann nach und nach in den zwei darauf folgenden Wochen ebenfalls entfernt zu werden. Die resultirende Heilung war eine vollständige.

In dem 2. Fall ergab die Untersuchung des Kranken Dislocation der beiden Nasenbeine und der senkrechten Platte des Siebbeins, die zu einer erheblichen Verbiegung des Septums geführt hatten. Es bestand jedoch hier weder Trennung der beiden Nasenbeine noch der Nasenbeine vom Septum. Die Operationsmethode in diesem Fall war folgende. Zwei Tage vor der Radicaloperation wurde an der Basis der senkrechten Siebbeinplatte rechterseits so nahe als möglich an der Fracturstelle eine tiefe Rinne geschaffen, und dann bei der nächsten Sitzung in

der Narkose mit einem langen Meissel beide Nasenbeine von ihrer Verbindung mit dem Oberkiefer losgelöst, unter möglichst geringer Zerstörung der Weichtheile. Sodann wurde von dem maxillaren Rand des rechten Nasenbeins ein kleines, schmales Stück entfernt und darnach die Nasenbeine wieder in ihre normale Lage gerichtet. Nunmehr wurde eine senkrechte Incision an der grössten Convexität des Septums ausgeführt. Diese Combination stellt also eine Verbindung der Asch'schen Operation mit Wiedereinrichtung der Nasenbeine dar. Auf diese Weise wurden die Nasenbeine von ihrer Verbindung mit dem Oberkiefer getrennt und dabei in ihrem Zusammenhange erhalten. Sodann wurden Mayer-sche Röhren im Innern der Nase und äussere Stützen in derselben Weise, wie in dem ersten Fall angebracht. Diese Vorrichtungen blieben vier Wochen lang liegen, nach welcher Zeit die Wiederherstellung in durchaus befriedigender Weise erreicht war. Die Nase hatte nun wieder normale Gestalt und Function.

EMIL MAYER.

39) **Nélaton** (Paris). **Neue Methode der Rhinoplastik. (Nouveau procédé de rhinoplastie.)** *Société de chirurgie. 13. Juni 1900.*

Der Fehler an den italienischen, indischen und französischen Methoden liegt in der Mangelhaftigkeit der Stütze für das wiederhergestellte Organ. Man hat deshalb bei den modernen Methoden durch eine künstliche Nachhülfe hier ergänzen müssen aber dabei nur mittelmässige Resultate erhalten. N. empfiehlt nun 2 Knochenlamellen aus dem Oberkiefer herauszusägen und dann dieses Gerüst mit einem Hautlappen von der Stirn her zu bedecken. Um die Depression des Nasenrückens auszugleichen, setzt er daselbst einen kleinen, dem Stirnbein entnommenen Knochenperiostlappen ein. N. demonstrirt einen Kranken, bei dem die auf diese Weise wiederhergestellte Nase ein gutes Aussehen hatte und sogar ein Schneuzen ermöglichte.

PAUL RAUGÉ.

40) **John B. Roberts. Die chirurgische Behandlung angeborener und krankhafter Entstellungen des Gesichts. (The surgical treatment of congenital and pathologic disfigurements of the face.)** *Philadelphia Medical Journal. 23. Juni 1900.*

Die Wiederherstellung missgestalteter Nasen geschieht durch Incision des Septums, Entfernung der überflüssigen knorpligen und knöchernen Partien der Nasenscheidewand, Ablösung der Weichtheile der Nase von dem darunterliegenden Knochengerüst durch ausgiebige Anwendung des Tenotoms und gewaltsame Richtung des Organs in die natürliche Stellung. Dasselbe wird in dieser festgehalten durch Nadeln, die durch das Nasenloch und die äusseren Partien der Nase eingeführt werden. Die Anwendung dieser Nadeln giebt oft bessere Resultate, als die intranasalen Stützen oder Röhren, weil die Naslöcher auf diese Weise von obstruirendenden Fremdkörpern verschont bleiben und leicht mit antiseptischen Lösungen irrigirt oder gesprayt werden können. Die Form der syphilitischen Nase kann wesentlich verbessert werden durch eine transversale Incision quer durch die tiefsten Partien der Depression. Diese Incision eröffnet die Nasenhöhlen und ermöglicht dann, die Nasenspitze herunterzudrücken, so dass die Ebene der

Nasenlöcher horizontal wird, wie bei der normalen Nase. Die klaffende Incisionswunde an der Nasenwurzel muss dann ausgefüllt werden. R. erreicht dies auf befriedigende Weise durch Bildung eines Lappens von der Wange her und Drehung desselben nach innen gegen die Mittellinie in der Weise, dass die Hautoberfläche nach der Nasenhöhe zu gerichtet ist. Dann wird ein Stirnlappen darüber transplantirt und die Gewebsschicht so dick gemacht, dass dadurch der neugeformten Nase Halt gegeben wird. Eine andere Methode beruht auf einer V-förmigen Incision zwischen den Augen, mit nach oben gerichteter Spitze und Drehung des Lappens nach abwärts. Dadurch wird der klaffende Spalt der transversalen Incision ausgefüllt. Dieser Lappen ist noch nicht fest genug und muss noch durch gewisse Prothesen unterstützt werden. Diese beiden Verfahren können noch verschiedentlich modificirt werden.

EMIL MAYER.

41) **John B. Roberts. Chirurgische Behandlung angeborener und krankhafter Formveränderungen des Gesichtes. (The surgical treatment of congenital and pathologic disfigurements of the face.)** *Philadelphia Medical Journal. 28. Juli 1900.*

Der Artikel giebt eine Darstellung der rhinoplastischen Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

42) **D. H. Goodwillie. Chirurgische Behandlung äusserer Deformationen der Nase, Demonstration von Fällen, Modellen u. s. w. (Surgical treatment of the external deformities of the nose, illustrated by cases, modells etc.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

In allen Fällen von Deformität der Nase nimmt Verfasser zum Studium der Formen einen Abguss des ganzen Gesichts und arbeitet darin die Nase aus. Sodann formt er sie in Wachs und giebt ihr die specielle Gestalt; sodann macht er eine Nasenstütze von den Augenbrauen über die Nase hinweg. Wenn das Septum aufgerichtet werden soll, wird mit dieser äusseren Nasenstütze noch eine innere Stütze mittelst Springfeder und Schraube verbunden. Zweck dieser Springfeder ist, einen übermässigen Druck und dadurch verursachte Circulations-Störungen der betreffenden Partien zu verhüten. Die oberen Partien der äusseren Nasenstütze werden durch ein Band in ihrer Lage erhalten, welches um Stirn und Kopf herumgeht.

EMIL MAYER.

43) **G. H. Lee. Ein Fall von Rhinoplastik. (A case of Rhinoplasty.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. December 1900.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

44) **E. B. Gleason. Die Behandlung von Verletzungen und Deformitäten des knöchernen Nasengerüstes. (The treatment of injuries and deformities of the bony frame-work of the nose.)** *Medical Bulletin. December 1900.*

Es werden in dieser Arbeit besprochen theilweise Dislokation des Septums von seiner Verbindung mit dem Processus nasalis des Oberkiefers, Verbiegung des knorpeligen Septums, Fractur der knöchernen Nase und der Nasenwurzel, angeborene Deformitäten der Nase mit Schwellung der unteren Nasenabschnitte, ab-

normes Hervorspringen des Nasenrückens, und die chirurgische Behandlung dieser Affektionen. Verfasser sieht in der von ihm vorgeschlagenen Operationsmethode das einfachste Verfahren zur Heilung von Septumverbiegungen. EMIL MAYER.

45) **A. Pont. Ein Thonapparat als Nasen-Prothese. (Appareil en céramique de prothèse nasale.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 24. Juli 1900.*

Es handelt sich um einen Kranken mit Epitheliom der Nase, welches die totale Amputation des Organs erforderlich machte. Da eine Autoplastik unmöglich war, konstruirte man eine Prothese. Diese Apparate können entweder in Kautschuk oder in Thon ausgeführt werden. Die Kautschukapparate verderben leicht, weil sie mit einer Farbschicht bedeckt werden müssen. Die Thonapparate sind dagegen vollkommener, weil sie viel naturgetreuer sind. Ihre Herstellung ist langwierig und schwierig; sie ist in allen Einzelheiten beschrieben in dem Buch von Martin (Lyon).

Um eine Reizung der zu Recidiv neigenden Gewebe zu vermeiden, fixirte P. im vorliegenden Fall seinen Apparat mit einer Brille. PAUL RAUGÉ.

c. Mund und Mundrachenhöhle.

46) **A. Maximow. Die Veränderung der Speicheldrüsen nach Durchtrennung der Chorda tympani.** *(Aus dem anat.-biolog. Institut zu Berlin.) Centralbl. f. Physiol. XIV. No. 10. 1900.*

M.'s Untersuchungen wurden an Hunden vorgenommen; es zeigte sich, dass je längere Zeit seit der Durchtrennung der Chorda verstrichen war, desto evidenter die Veränderungen der Drüsen waren.

Die Submaxillaris verkleinerte sich, die Consistenz des Drüsengewebes wird weicher, während die Bindegewebssepten zäher erscheinen. Besonders stark verkleinerten sich die Läppchen der Retrolingualis.

Die Verkleinerung der Submaxillaris hängt ab von einer gleichmässigen Verkleinerung ihrer parenchymatösen Elemente, vorzugsweise der Schleimzellen. Die Halbmondzellen sind in den früheren Stadien relativ vergrössert, später verkleinern sie sich etwas.

Im Epithel der Speichelröhren macht die regelmässige, röhrenförmige Anordnung der Granulationen im basalen Zellabschnitte einer unregelmässigen Lagerung derselben Platz; ihre Zahl wird kleiner. Die Epithelialzellen verkleinern sich und zeigen Vacuolisation des Protoplasma; in den Ausführungsgängen sieht man intensive Infiltration des Epithels mit Leukocyten.

Die Glandul. retroling. ist viel intensiver verändert; ihre Ausführungsgänge sind schon nach 6 Tagen mit Secretmassen erfüllt; die Schleimzellen mit Schleim gefüllt, der Kern schrumpft, die Zelle verkleinert sich — sie stellt einen kleinen blasigen Zellkörper mit geschrumpftem Kernrest dar, der ganz verschwinden kann.

Die serösen Zellen verkleinern sich allmälig, degeneriren aber vorläufig nicht; es treten Vacuolen im Zellleibe auf, die Kerne zeigen oft Einschnürungen und werden chromatinärmer; die serösen Zellen nehmen die Stelle der verschwin-

denden Schleimzellen ein, verkleinern sich dann aber. In den Ausführungsgängen der Retrolingualis atrophirt das Epithel. A. ROSENBERG.

47) **George J. Maguire. Grosser symptomloser Speichelstein, spontane Ausstossung. (Large salivary calculus without symptoms; spontaneous extrusion.)** *Brit. Med. Journal. 6. April 1901. N. Y. Medical Record. 20. April 1900.*

Verfasser berichtet von einem 45jährigen Mann, der seit vier Jahren an einem Speichelstein litt, ohne jemals irgend welche subjectiven Symptome gehabt zu haben. Eines Tages bemerkte er eine weisse Stelle am Mundboden, die sich hart anfühlte und bei der Berührung mit einer Nadel knirschte. Kurz darnach wurde plötzlich beim Essen eine weisse, harte Masse mit einiger Gewalt ausgestossen. Es war ein grosser weisser Speichelstein, der 3 g wog. LEFFERTS.

48) **Pouly. Sublingualer Speichelstein. (Calcul salivaire sublingual.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 27. Februar 1901.*

Eine Kranke leidet seit 15 Jahren an einer symptomlosen Schwellung des Mundbodens, rechts vom Zungenbändchen. Der spontan ausgestossene Stein war 4 cm lang und $1^1/_2$ cm breit, 1 cm dick und wog $3^1/_2$ g. Es fand sich auf dem Mundboden eine grosse Ulceration, in welche die Sonde 6 cm weit eindrang.

PAUL RAUGÉ.

49) **M. D. Ledermann. Sublingualer Speichelstein. (Sublingual Calculus.)** *Laryngoscope. Juni 1901.*

Demonstration eines Falles und Bericht über denselben. EMIL MAYER.

50) **Nélaton** (Paris). **Fistel des Stenon'schen Canals. Mündung seines centralen Endes in der Wangenschleimhaut. (Fistule du canal de Sténon. Abouchement du bout central à la muqueuse de la joue.)** *Société de chirurgie. 27. Februar 1901.*

Verletzung des Stenon'schen Canals durch einen Gabelstich in der Wangengegend. Consecutive Fistel. Zur Heilung derselben wurde der Canal in einer Ausdehnung von 2 cm gespalten, der Buccinator und die Wangenschleimhaut mit einem Trocart perforirt, durch die Perforation das Ende des Canales durchgeführt und seine Mündung in der Schleimhaut fixirt. PAUL RAUGÉ.

51) **H. R. Folmer** (Driewegen). **Ueber eine abweichende Localisation vom Mumps. (Over een afwykende localisatie van bof.)** *Med. Weekblad. 12. Januar 1901.*

Im Verlauf einer im Allgemeinen leichten Epidemie von Parotitis sah F. bei einigen Familien, im Ganzen bei 12 Kindern, eine Entzündung der submaxillären Speicheldrüse auftreten, welche ein schwereres Krankheitsbild als die coincidirende Parotitides darstellte und zweimal mit Nephritis complicirt war. In diesen Familien zeigte sich keine Parotitis. H. BURGER.

52) **Bévallot. Parotitiden im Verlauf von Typhus. (Les parotidites au cours de la fièvre typhoide.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Die Infection vollzieht sich auf dem Wege durch die Blut- oder Lymphbahn oder aber durch die Excretionswege. Man findet in diesen Fällen mehrere Arten von Bakterien, aber sehr selten den Bacillus Eberth. Anatomisch unterscheidet man canaliculäre, parenchymatöse und interstitielle Parotitiden. Diese Complication mit Typhus ist ziemlich selten; im Allgemeinen ist die Affection einseitig.

PAUL RAUGÉ.

53) **T. C. Morris. Parotitis bei Pneumonie. (Parotitis in Pneumonia.)** *Philadelphia Medical Journai. 16. März 1901.*

Mittheilung eines Falles. EMIL MAYER.

54) **D. J. Milton Miller. Zwei Fälle von Parotitis nach croupöser Pneumonie. (Two cases of Parotitis complicating croupous Pneumonia.)** *Philadelphia Medical Journal. 16. März 1901.*

Mittheilung von zwei Fällen. EMIL MAYER.

55) **Ch. W. Dulles. Mumps bei Pneumonie, Borglycerin. (Mumps in Pneumonia.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 28. März 1901.*

Auf beiden Seiten wird eine ziemlich starke mit Borglycerin getränkte Gazecompresse aufgelegt, mit einer Schicht Paraffinpapier bedeckt und dann das Ganze mit einer Binde befestigt. Das Nachlassen des Schmerzes und der Schwellung, was prompt darnach eintritt, ist dem Borglycerin zuzuschreiben. EMIL MAYER.

56) **George William Norris. Parotitis bei Pneumonie mit Bericht über einen Fall. (Parotitis complicating pneumonia, with the report of a case.)** *Philadelphia Medical Journal. 27. April 1901.*

Parotitis wird als seltene Complication bei Pneumonie angesehen, wenn auch in den letzten Jahren einige Fälle bekannt geworden sind. In einer Statistik von 500 Pneumonie-Fällen, die der Verfasser aus dem Pennsylvania Hospital zusammenstellt, findet sich nur ein derartiger Fall. EMIL MAYER.

57) **Augustus A. Eschner. Doppelseitige Parotitis als Complication von Pneumonie. (Bilateral Parotitis as a complication of Pneumonia.)** *Philadelphia Medical Journal. 16. Juli 1901.*

Bei einer 71jährigen Frau mit Pneumonie blieb die erwartete Krise aus, aber der Verlauf schien günstig. Ungefähr am 8. Tage trat eine schmerzhafte Schwellung der beiden Parotiden ein und die Temperatur stieg von Neuem an. Application von Eis brachte einige Erleichterung, aber die Patientin wurde zusehends schwächer und starb am 4. Tage. Die bakteriologische Untersuchung wurde in dem Falle nicht ausgeführt. EMIL MAYER.

58) **Jürgens. Parotitis im Zusammenhange mit Gehörgangerkrankung.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1900.*

Letal verlaufener Fall von Otitis externa und Otitis media mit Vereiterung der Parotitis infolge von Septico-Pyämie. SCHECH.

59) W. Elder. **Infectiöse Parotitis nach Laparetomie. (Infective Parotitis after abdominal section.)** *Lancet. 19. Januar 1901.*

Ein 20jähriger Mann war wegen Appendicitis operirt worden. 3 Tage nachher begann die rechte Parotis anzuschwellen, $1^1/_2$ Tage später auch die linke. Nach 12 Stunden war alles verschwunden. Vor 49 Tagen hatte ein Bruder des Patienten, der mit ihm im Hause lebte, Mumps durchgemacht. Es handelte sich also offenbar um Infection. Die von Addenbrooke berichteten Fälle haben wahrscheinlich eine ähnliche Aetiologie. ADOLPH BRONNER.

60) W. O. Gander. **Infectiöse Nephritis nach Mumps. (Infectious Nephritis duo to Mumps.)** *Pediatrics. 1. Mai 1901.*

Demonstration von zwei Fällen. In dem einen fanden sich Lymphdrüsenschwellungen und adenoide Wucherungen. EMIL MAYER.

61) John J. Carpenter. **Eitrige Chorioiditis nach Mumps. Die Diagnose der metastatischen Chorioiditis wird bestätigt durch die Untersuchung des enucleirten Auges. (Purulent Chorioiditis, following an attack of Mumps; Diagnosis, metastic chorioiditis, revised by study of the enucleated Eye-Ball.)** *Philadelphia Medical Journal. 11. Mai 1901.*

Der Titel giebt den Inhalt. EMIL MAYER.

62) Francis R. Packard. **Zwei Fälle von Eiterung der Parotis mit Eiter im äusseren Gehörgang. (Two cases of suppuration of the Parotid gland with pus in the external auditory canal.)** *Journal American Medical Association. 17. August 1901.*

Die beiden Fälle sind dadurch bemerkenswerth, dass es beide Male Schwierigkeiten machte, einen eitrigen Mittelohrkatarrh als Ursache für die Eiterungen im äusseren Gehörgang auszuschliessen. Es handelte sich in beiden Fällen um Kinder, und die Anwesenheit von Eiter machte sich durch Infiltration der Incisurae Santorini bemerkbar. EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

63) G. E. Syler. **Die Bedeutung der Statistik und der localen Gesundheitsbehörden für die Ausbreitung der Diphtherie. (The Relation of state and local boards of Health to outbreaks of diphtherie.)** *Philadelphia Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Regelmässige bakteriologische Untersuchungen, sofortige Anwendung von Diphtherieserum, strenge Isolirung der inficirten Personen, Immunisirung aller exponirten Personen und gründliche Desinfection sind die Postulate, die Verfasser zur Heilung und Verhütung der Diphtherie aufstellt. EMIL MAYER.

64) J. Frank Corbett. **Bakteriologische Diagnose der Diphtherie. (Bacteriological Diagnosis of Diphtheria.)** *Medical Dial. Januar 1901.*

Enthält Vorschriften zur bakteriologischen Untersuchung der diphtherischen Membran und zur Isolirung der Kranken. EMIL MAYER.



65) **Sendziak. Ein Fall von Diphtherie des Larynx resp. Pharynx, welche Zungenmandelabscess sowie secundäre submucöse Entzündung des Kehlkopfes simulirte.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1901.*

Letal verlaufener Fall, der wegen des primären Krankheitbildes den erfahrensten Arzt in Irrthum führen konnte.

SCHECH.

66) **Eugene P. Bernardy. Ein interessanter Fall von Diphtherie. (An interesting case of diphtheria.)** *Medical Council. Januar 1901.*

Es trat hier eine Infection von beiden Conjunctiven und Hautemphysem über den ganzen Körper ein. Vollständige Heilung.

EMIL MAYER.

67) **John J. Oechsner. Ein Fall von Larynxdiphtherie. (A case of Laryngeal Diphtheria.)** *New Orleans Medical Journal. Januar 1901.*

Bei einem 3jährigen Kinde mit schwerer Diphtherie wurde die Tracheotomie gemacht. Antitoxin war seit 4 Tagen täglich gegeben worden. Es trat Heilung ein. Verf. ist der Ueberzeugung, dass die Intubation in diesem Falle nicht zum Ziel geführt hätte.

EMIL MAYER.

68) **Albert H. Miller. Diphtherie. Behandlung und Mortalität im Rhode Island Hospital. (Diphtheria. Treatment and mortality at the Rhode Island Hospital.)** *Providence Medical Journal. Januar 1901.*

Die Mortalität in dem genannten Hospital ist seit der Einführung des Antitoxins um 6,74 pCt. gesunken. Hauptsächliche Todesursache war immer Toxämie. In 5 Fällen von 32 Todesfällen fand sich Nephritis, und 5 Kranke starben an Herzlähmung.

EMIL MAYER.

69) **G. Prota. Ein Fall von latentem Croup. Intubation, Heilung. (Su du un caso grave di Crup latente. Intubazione, guarizione.)** *Giornale d. Scienze Mediche. XXII.*

„Latent“ nennt Verf. den Croup in seinen und ähnlichen Fällen, wenn bei dem Fehlen jeder diphtherischen Beläge im Rachen und der Unmöglichkeit, das Vorhandensein solcher im Kehlkopf laryngoskopisch nachzuweisen, das Bestehen des Croups nur diagnosticirt wird aus den Symptomen, d. h. Dyspnoe mit gleichzeitigem Fieber. Im vorliegenden Falle, in dem diese Symptome bedrohlichen Charakter trugen, wurde der Intubation eine Seruminjection vorausgeschickt.

FINDER.

70) **J. Trumpp. Intubation in der Privatpraxis und ihre Vervollkommnung. (Intubation in private practice and its perfection.)** *Journal American Medical Association. 26. Januer 1901.*

Intubation ist nicht gefährlicher als Tracheotomie und sollte auch ausserhalb der Krankenhäuser ausgeführt werden. Sie bedarf freilich noch nach gewissen Richtungen hin der Vervollkommnung.

EMIL MAYER.

71) **Johann v. Bokay. Verletzungen bei der Intubation, ihre Verhütung und Behandlung. (Traumatism during intubation — its prevention and treatment.)** *Journal American Medical Association. 26. Januar 1901.*

Verf. hat seit 1891 mehr als 1200 Fälle auf seiner Abtheilung operirt und

beobachtet. Unter diesen 1200 Fällen fanden sich 4 Fälle, bei welchen die Intubation einen falschen Weg genommen hatte. Verletzungen können bei der Einführung, entweder durch unzweckmässige Tuben oder ungeschickte Einführung, vorkommen. Deshalb ist eine gründliche Uebung des Operateurs unerlässlich. Die Möglichkeit, dass bei der Intubation ein falscher Weg eingeschlagen wird, stellt freilich eine Schattenseite der Methode dar, die aber auch der Tracheotomie nicht minder zur Last zu legen ist. EMIL MAYER.

72) **Siegert. Die Erfolge der Serotherapie der Diphtherie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 1. 1901.*

S. bekennt sich als unbedingter Anhänger der Serotherapie, die ihre glänzendsten Erfolge bei den Larynxstenosen aufzuweisen hat, und denen gegenüber die Raisonnements mancher Theoretiker belanglos sind. SCHECH.

73) **Trumpp. Progrediente Diphtherie bei rechtzeitiger Serumbehandlung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 3. 1901.*

Aus Anlass eines Todesfalles trotz Anwendung des Serums wirft T. die Frage auf, ob in dem betreffenden Falle die Virulenz des Diphtheriebacillus eine so heftige wurde, dass das Antitoxin zur Neutralisation des Diphtheriegiftes nicht mehr ausreichte, oder ob vielleicht die Qualität des Serums eine minderwerthige war, resp. ob das schon 1 Jahr alte Serum nicht seine Wirksamkeit verloren hatte.

SCHECH.

74) **Schmid-Monnard. Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Trumpp: Progrediente Diphtherie bei rechtzeitiger Serumbehandlung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1901.*

Sch. hat auch den Eindruck gewonnen, dass über 13 Monate altes Serum an Wirksamkeit eingebüsst habe, und verzeichnet ebenfalls nach Einspritzung eines 8 Monate alten Serums einen eklatanten Misserfolg. Jedenfalls wären weitere Mittheilungen sehr erwünscht. SCHECH.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **A. v. Sokolowski** (Warschau). **Ueber die Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane bei arthritisch veranlagten Individuen.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. Marhold, Halle. Heft 1. 1901.*

1. Veränderungen der oberen Luftwege.

Arthritiker unterliegen häufig Rachenleiden, für deren Auftreten neben der harnsauren Diathese sitzende Lebensweise, Abusus des Alkohols und Tabaks u. a. beschuldigt werden dürfen.

Arthritisch beanlagte Individuen leiden manchmal an acuter Tonsillitis, die bei einem Gichtanfall schwindet, häufiger treten chronische Veränderungen auf, die ein charakteristisches Bild geben (Velum, Uvula, Gaumenbögen glänzend, mit stark erweiterten Venen, Uvula verdickt, verlängert, wie geschwollen u. s. w.). die nicht auf örtliche, sondern bei Allgemeinbehandlung milder werden.

Die Nase zeigt Verstopfung und häufige Catarrhe — Verdickung der Schleimhaut, Hyperplasie der Nasenmuscheln u. a.

Der Kehlkopf zeigt ebenfalls eine Reihe Störungen; zu den selteneren zählen die auf seinen Knorpeln vorhandenen arthritischen Ablagerungen (tophi). Häufiger sind vorübergehende Heiserkeit in Folge von Hyperämien an der Hinterwand und der Gegend der Proc. vocal. Andere Male ist die Dysphonie hartnäckiger und beruht auf Röthung und Verdickung der falschen und wahren Stimmbänder. Diese Störungen gehen bei allgemeiner Behandlung zurück. Ferner findet sich, obwohl selten, acutes Anschwellen der Ringknorpelgelenke, das zuweilen abnimmt beim Auftreten der Anschwellung der Fusszehengelenke.

2. Veränderungen von Seiten der Bronchien und der Lunge.

Bronchitis ist ziemlich häufig bei Arthritikern; es handelt sich fast immer um einen trockenen Catarrh — trockener und quälender Husten mit Gefühl der Beklemmung, besonders Morgens und in der Nacht. Diese Anfälle treten meist periodisch auf. Auch Fälle von Bronchialasthma sind beobachtet.

3. Die Lungenschwindsucht zeigt bei den Arthritikern einen eigenartigen Charakter; die dominirenden Erscheinungen sind nicht die Störungen seitens der Athmungsorgane, sondern des Allgemeinbefindens oder anderer Organe. Das Leiden verläuft gewöhnlich fieberlos. Das Allgemeinbefinden ist sehr schlecht in Folge von Diarrhöen, Dyspepsie, Nierenkolik, Gelenkschmerzen u. a. m. Die physikalische Untersuchung weist Erscheinungen auf, wie man sie bei sehr langwierigen Fällen von Bindegewebstuberculose antrifft. A. ROSENBERG.

76) **Sendziak** (Warschau). **Laryngeale Störungen bei den Erkrankungen des Centralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung laryngealer Störungen bei Tabes dorsalis.** *Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. IV. 3. Herausgegeben von Dr. Haug (München).*

Nach Besprechung des gegenwärtigen Standes der Anatomie und Physiologie der Larynxinnervation kommt S. auf die laryngealen Störungen bei

A. organischen Erkrankungen des centralen Nervensystems;

I. des Gehirns und seiner Häute: 1. Meningitis, 2. Hyperämie und Anämie des Gehirns, 3. Hämorrhagie und Encephalomalacie, 4. Gehirnsyphilis, 5. Hirntumoren, 6. pathologischen Processen der Schädelbasis;

II. der Medulla oblongata: 1. Haemorrhagie et ramollitio, 2. Tumoren und Syphilis, 3. Bulbärparalyse, 4. Pseudobulbärparalyse, 5. disseminirter Sklerose;

III. des Rückenmarks und seiner Häute: 1. Meningitis, 2. Myelitis, 3. Syphilis und Tumoren des Rückenmarks, 4. Friedreich'scher Krankheit, 5. Tabes, 3. Sclerosis lateral. amyotroph., 7. progressiver Muskelatrophie, 8. Syringomyelie, 9. Polyneuritis:

B. functionellen Neurosen;

1. Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, 2. traumatischer Neurose, 3. Epilepsie, 4. Paralysis agitans, 5. Chorea, 6. Tetanie, 7. Dementia paralyt., 8. Paralysis periodica.

Der fleissigen Zusammenstellung der hierhergehörigen, in der Literatur niedergelegten Beobachtungen fügt S. eine grosse Reihe eigener bei.

Ein besonderes Kapitel ist den bei Tabes auftretenden laryngealen Störungen gewidmet; er hat selbst an 22 Tabikern Larynxuntersuchungen vorgenommen, die in der Hälfte der Fälle grössere oder kleinere Störungen ergaben, namentlich Paralysen (9) und Ataxie (2).

Er bespricht dann die sensitiven und motorischen Störungen eingehend, um schliesslich Diagnose, Prognose und Behandlung zu berücksichtigen.

Eine fleissige Arbeit, die ihren Zweck, den Leser mit diesem schwierigen Gegenstand vertraut zu machen, erreicht. Angehängt ist ihr ein Literaturverzeichniss von 141 Arbeiten.

A. ROSENBERG.

77) **E. Martinez. Laryngeale Behinderung der Athmung. (Laryngeal inhibition of respiration.)** *N. Y. Medical News. 23. Februar 1901.*

Rosenthal hat bei seinen Studien über die Physiologie der Aeste des Nervus laryngealis superior gefunden, dass bei elektrischer Reizung seiner inneren Aeste oder seiner Wurzeln die respiratorischen Functionen des Zwerchfelles augenblicklich sistiren, dass das aber nicht eintritt bei der Reizung der äusseren, zum Musculus crico-arytaenoideus hingehenden Aeste. Diese experimentelle Thatsache findet hier ihre klinische Bestätigung bei einem operativen Zwischenfall gelegentlich einer Exstirpation von Papillomen des Larynx.

LEFFERTS.

78) **F. Schenck. Ueber den Einfluss der Apnoë auf die vom Vagus ausgelösten Athemreflexe.** *(Aus dem physiol. Institut der Univers. Würzburg.) Pflüger's Archiv. LXXXIII. 1901.*

Sch.'s Versuche haben Folgendes ergeben:

1. Der in Eupnoë zu erhaltende inspiratorische Effect der künstlichen centripetalen Vagusreizung wird auch noch in Apnoë erhalten (Knoll).

2. Der respiratorische Effect der Lungenblähung bleibt in der Regel in einer inspiratorisch erzeugten Apnoë aus (Hering u. Breuer).

3. In respiratorisch erzeugter Apnoë bleibt der inspiratorische Effect der Lungenblähung auch aus.

4. Der nach Lungenaussaugung erfolgende inspiratorische Effect bleibt in Apnoë manchmal aus, manchmal ist er erhalten. Dieser Befund vermittelt zwischen den früheren, anscheinend widersprechenden Angaben von Hering und Breuer einerseits, von Lockenberg andererseits. In der Apnoë sind die inspiratorischen Effecte sensibler Reizungen geschwächt.

A. ROSENBERG.

79) **Avellis. Typische Form von Kehlkopfneuralgie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1900.*

Sie äussert sich subjectiv durch das ein-, selten doppelseitige Auftreten von Schmerzen beim Schlucken und lautem Sprechen, objectiv durch die Hervorrufung von Schmerz (Point douloureux) bei Druck an der Durchtrittsstelle des N. laryng. sup. durch die Membr. thyrohyoidea auf der erkrankten Seite; auch die Anwendung der Kathode an diesem Punkte war schmerzhaft. Ein zweiter Druckpunkt findet sich im Sinus pyrif., dessen Berührung ebenfalls Schmerz erzeugt. — Therapeutisch empfehlen sich Lactophenin, Phenacetin, Pyramidon, heisse Sand-

wülste um den Hals oder Thermophorhalsbinden. Verwechselungen der typischen Kehlkopfneuralgie sind möglich mit Halsmuskelrheumatismus, Bursitis lateralis, und Hysterie. SCHECH.

80) **J. Arneth. Ein ungewöhnlicher Fall von Hysterie. (An unusual case of hysteria.)** *N. Y. Medical Record. 18. May 1901.*

Es handelt sich um hysterischen Krampf des Depressor epiglottidis bei einem 23jährigen Mädchen. Der Kehldeckel verschloss die Glottis so vollständig, dass die Ausathmung sehr erschwert und die Einathmung fast unmöglich war und somit ein Zustand höchster Athemnoth eintreten musste. In Zwischenräumen von wenigen Minuten bis zu einer halben Stunde stellten sich Anfälle von completer Apnoe mit Bewusstlosigkeit ein, sodass der Tod durch Erstickung allemal fast unabwendbar erschien. Alle therapeutischen Maassnahmen: Suggestion, Elektricität, Bäder u. s. w. hatten nicht den geringsten Effect, bis der Patientin im Endstadium des Anfalles eine Ammoniaklösung unter die Nase gehalten wurde: der Erfolg war ein augenblicklicher, die Athmung besserte sich sofort und es fand sich, dass durch den Reiz der Ammoniakdämpfe eine derartige Congestion der Epiglottis verursacht wurde, dass sie die Glottis nicht mehr wie früher klappenartig abzuschliessen vermochte. Völlige Heilung stellte sich nach der Anwendung unangenehmer therapeutischer Eingriffe ein, die darin bestanden, dass der Pat. wiederholt die Magensonde eingeführt wurde, was dermaassen abschreckend auf sie wirkte, dass von Stunde an die Erstickungsanfälle aufhörten. LEFFERTS.

81) **Variot** und **Marc Hadour** (Paris). **Der Stridor bei Neugeborenen. (Le stridor des nouveaux-nés.)** *Société de Pédiatrie. 9. October 1900.*

Die stridoröse Athmung, die man zuweilen bei Neugeborenen bemerkt, wird durch eine eigenthümliche Bildung des Kehlkopfeinganges verursacht. Dieselbe ist dann spaltförmig, anstatt wie gewöhnlich von dreieckigerForm. PAUL RAUGÉ.

82) **John Thomson** and **A. Logan Turner. Ueber die Ursache des angeborenen Stridors bei Kindern. (On the causation of the congenital stridor of infants.)** *Brit. Medic. Journal. December 1900. Archives af Pediatrics. 1. Januar 1901.*

Die klinischen Erscheinungen dieses typischen und einfachen Falles von congenitalem Stridor können folgendermassen zusammengefasst werden:

Ein im Uebrigen normales Kind wird bald nach der Geburt von schwerer Athemnoth befallen, wobei sich bei derInspiration ein eigenthümlicher krächzender Ton bemerkbar macht, der bei längerem und tieferem Athemholen in ein hohes Krähen übergeht. Auch die Exspiration kann von einem kurzen Krächzen begleitet, zuweilen aber auch ganz geräuschlos sein. Selbst bei ganz schweren Fällen kommen manchmal Intervalle vor, bei welchen kein Ton gehört wird. Im Uebrigen aber geht der Stridor ganz regelmässig fort, solange das Kind wach ist und manchmal sogar im Schlafe. Eine psychische Erregung oder irgend eine physikalische Ursache zum tieferen Athemholen, wie z. B. ein kalter Luftzug oder ein Saugversuch, verstärken das Geräusch. Das Schreien und Husten ist davon unbeeinflusst. Die Athmung ist trotz des Geräusches keineswegs angestrengt und

es besteht daher auch keine Cyanose. Immerhin macht sich eine deutliche inspiratorische Einziehung von Brust und Leib bemerkbar, abgesehen von den allerleichtesten Fällen. Der Stridor bleibt während der ersten Monate unverändert und verschwindet erst im Laufe des zweiten Lebensjahres. Gelegentlich kann er später im Anschluss an irgend eine Emotion wieder auftreten. Man hat die Ursache dafür gesucht in Posticuslähmung, Krampf der Adductoren bei adenoiden Wucherungen, vergrösserter Thymus, angeborener Missbildung des Kehlkopfeinganges, und endlich in nachgiebigem Charakter der kindlichen Kehlkopfgewebe. Nach der Ansicht der Verfasser liegt die primäre Ursache wahrscheinlich in einer uncoordinirten spastischen Action der Respirationsmuskeln. Die Resultate experimenteller Untersuchungen an der Leiche, die in Nachahmungen der Inspiration durch Ansaugen mit einem Tubus von der Trachea her bestanden, waren in verschiedenen Fällen verschieden. Die drei hauptsächlichsten Typen waren dabei folgende: 1. die beiden Seiten des Larynxeinganges wurden durch Ansaugungen spaltförmig zusammengelegt. 2. Die Epiglottis wurde nach rückwärts und hinten heruntergezogen, so dass sie deckelförmig abschloss. 3. Die Arytaenoidknorpel wurden in die Mittellinie geführt bei unveränderter Form des Kehlkopfeinganges. In einem Fall von Lees und einem solchen von Reifland, wo der Tod durch congenitalen Stridor eingetreten war, war der Kehlkopfeingang spaltförmig verengert wie im Experiment der Verfasser an der Leiche. Die Schlussfolgerungen lauten wie folgt: 1. das wesentliche Moment zum Zustandekommen dieser Anomalie liegt in einer Coordinationsstörung der Athembewegungen, wahrscheinlich in Folge von Entwicklungsstörungen der controllirenden Rindencentren. 2. Die Formveränderung besteht lediglich in einem übertriebenen normalen, infantilen Typus und ist wesentlich oder sogar ausschliesslich das Resultat eines constanten rückläufigen Ansaugens der oberen Apertur des weichen Kehlkopfes, in Folge von incoordinirter und spastischer Athmung. 3. Es giebt keinen Beweis dafür, dass eine angeborene Missbildung des Kehlkopfeinganges in derartigen Fällen existirt, eine Annahme, die auch ganz unnöthig ist, da ja auch normale Kinder, die aus der Chloroformnarkose erwachen, ähnlichen Stridor aufweisen können. 4. Der Ton entsteht nicht im Pharynx, da er auch bei Verschluss des Mundes oder der Nase fortdauert, noch in der Trachea etwa in Folge von Compression durch eine grosse Thymus oder vergrösserte Drüsen, da sich nichts davon in den daraufhin untersuchten Fällen gefunden hat, und die Symptome bei einer derartigen Compression sehr verschieden sind. 5. Die Neurose hat nichts zu thun mit adenoiden Wucherungen oder anderen sogenannten Reflex erregenden Ursachen. EMIL MAYER.

83) L D. Brose. **Krampf des Kehlkopfs und Oesophagus beim Erwachsenen. (Spasm of the glottis and esophagus in adult life.)** *Journal American Medical Association. 22. Juni 1901.*

Es werden 2 Fälle der Art mitgetheilt. Die Dyspnoeanfälle wiederholten sich fortwährend und führten im ersten Fall zum Tode. Die Autopsie ergab primäres Carcinom am unteren Oesophagusabschnitt und Magen, mit secundären Herden in der Leber. Im zweiten Falle bestand Tuberculose des oberen linken Lungenlappens.

EMIL MAYER.

84) **Middlemass Hunt. Ein Fall von Dysphonia spastica. (A case of Dysphonia spastica.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1900.*

Es handelt sich um eine fünfzigjährige hysterische Patientin, die vor 6 Monaten plötzlich ihre Stimme verloren hatte und seitdem entweder ganz aphonisch war oder nur in hohem Falsett sprechen konnte. Bei jedem Phonationsversuch näherten sich die Stimmbänder so energisch, dass der rechte Processus vocalis die Spitze des linken kreuzte und die Patientin bei ihrem Sprechversuch deutlich cyanotisch wurde.

A. LOGAN-TURNER.

85) **Luther C. Peter. Habitueller Larynxkrampf. Bericht über einen Fall. (Laryngeal habit spasm with report of a case.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. März 1901.*

Es handelte sich in dem mitgetheilten Fall um folgendes Symptom: Mitten in einer Sprechpause trat eine explosive anfallsweise Phonation ein, deren Intensität bei Erregungen zunimmt. Es bestand Chorea, zu welcher kürzlich Diphtherie und postdiphtherische Lähmung hinzugetreten war. Durch Arsenik und Suggestionstherapie wurde der Patient geheilt.

EMIL MAYER.

86) **Fischbein. Behandlung des Glottiskrampfes. (Treatment of spasm of the glottis.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Januar 1901.*

Dieser Krankheitszustand bei Kindern wird verursacht durch die reizende Wirkung intestinaler Autointoxicationen auf die peripheren Vagusendigungen, Verfasser empfiehlt deshalb die Verabreichung von Laxantien und ersetzt die Milch in der Diät durch Haferschleim. Er ist der Ansicht, dass eine grosse Zahl von Fällen durch verdorbene Milch verursacht wird.

LEFFERTS.

87) **Revillet** (Cannes). **Der nasale Husten bei den Tuberculösen. (La toux nasale chez les tuberculeux.)** *Lyon Médical. 28. October 1900.*

Der Husten bei Tuberculösen kann verursacht werden durch das Herunterfliessen von Schleim aus dem Nasenrachenraum in den Kehlkopfeingang. Dieser Husten tritt anfallsweise vornehmlich bei Nacht auf bei horizontaler Körperlage, und geht häufig mit verschiedenen nasalen Erkrankungen zusammen. Die Behandlung besteht in Spülungen der Nase, Einblasungen von Pulvern und galvanischen Cauterisationen.

PAUL RAUGÉ.

88) **Salvatore Satullo. Ein typischer Fall von Uterushusten. (A typical case of uterine cough.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Mai 1901.*

Der Husten wird in diesem Fall in Abhängigkeit von einem Uterinleiden gebracht, da er unmittelbar nach der Heilung desselben verschwand. Die Patientin war eine 29jährige Primipara, die seit 5 Monaten an einem starken trockenen Husten litt, der sehr lästig und zuweilen von Erbrechen begleitet war. Die Brustorgane, ebenso Kehlkopf, Rachen und Ohr waren völlig gesund. Die Patientin litt seit 5 Monaten an Menorrhagie und eitrigem Vaginalausfluss sowie Schmerzen in Rücken und Kreuz, wodurch Verf. auf die Genitalorgane aufmerksam wurde. Er konnte Erosionen am Cervix, sowie einen Uterinpolypen von Nussgrösse constatiren. Gleichzeitig bestand eine chronische Endometritis.

LEFFERTS.

89) **Frank S. Milburg. Husten durch Reflexreizung der oberen Luftwege. (Cough due to reflex irritation in the upper air-passages.)** *Journal American Medical Association. 5. März 1901.*

Verfasser sagt, dass die Schlussfolgerungen, zu denen er kommt, nicht besser ausgedrückt werden können, als es durch Mayer geschehen ist. Ein Husten ist reflectorischer Art: 1. Wenn er spastisch und andauernd ist und ohne oder mit geringer Expectoration und Temperaturerhöhung einhergeht; 2. wenn physikalische Zeichen einer Lungenerkrankung fehlen; 3. wenn er allen Medicationen hartnäckig wiedersteht; 4. wenn das Allgemeinbefinden unbeeinflusst bleibt; 5. wenn er nach Entfernung der Ursache prompt aufhört. Häufig muss die Localbehandlung mit einer Allgemeinbehandlung zusammengehen. Besondere Sorgfalt muss auf die Digestion, die Ernährung und alle nervösen Einflüsse verwandt werden.

EMIL MAYER.

90) **Martiner. Extra-respiratorischer Husten. (Extra-respiratory coughs.)** *Journal Amerian Medical Association. 9. März 1901.*

Die Behandlung soll bestehen: 1. in Verminderung der Sensibilität der Schleimhaut, von der der Reflex ausgeht; 2. in Verminderung der Erregbarkeit der nervösen Hustencentren; 3. in einer Beeinflussung der centrifugalen Bahnen; 4. In Heranziehung des Willens zur Controle der bulbären Centren.

EMIL MAYER.

91) **F. Lalesque. Husten-Disciplin der Tuberculösen. (Disciplinary control of Cough in tuberculous patients.)** *N. Y. Medical Records. 6. April 1901.*

Verfasser ist der Ansicht, dass ein trockener Husten durch die Selbstcontrole unterdrückt werden kann. Der Arzt soll den Patienten ausdrücklich auf die Zwecklosigkeit und die schädlichen Folgen des trockenen Hustens hinweisen und ihn anhalten, sich im Unterdrücken desselben zu üben.

LEFFERTS.

92) **De Mussy. Ein Schnupfpulver gegen Husten. (A snuff for coughs.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Mai 1901.*

Rp.	Gummi arab. pulv.	11,0
	Radic. belladonnae pulv.	1,0
	Morph. hydrochl.	0,1
M.	8—10 mal täglich zu gebrauchen.	

LEFFERTS.

93) **Anna Meyer** (Stolikamsk). **Statistischer Beitrag zur Epidemiologie des Keuchhustens.** *Berner Dissertation. Bern, Stämpfli. 1900.*

Die Mortalität durch Keuchhusten ist eine ganz bedeutende und schwankt zwischen 2 und 15 pCt. aller Todesfälle. Für die Schweiz ergaben sich aus den zehn Jahren 1888 bis 1897 3 pCt.

Der Einfluss des Alters zeigte sich in den Ziffern 1. Lebensjahr 62,8 pCt., 2. Jahr 21,4 pCt., 2.—4. Jahr 12,6 pCt., 5.—14. Jahr 3,0 pCt.

Der Einfluss des Geschlechts giebt ein Verhältniss von 45,3 pCt. männlichen, 54,7 pCt. weiblichen Geschlechts. Auf die Jahreszeiten fallen: Winter 25,1 pCt., Frühling 26,0 pCt., Sommer 25,5 pCt., Herbst 23,4 pCt.

Der Beruf der Eltern ergiebt insofern grosse Unterschiede, als eben die Berufe sich sehr verschieden auf die Bevölkerungsschichten vertheilen, dieselben richten sich nach der Situation und nicht sowohl nach der Berufsart der Eltern, z. B. 43pCt. Gruppe der Maurer, Schreiner und ähnlicher Berufe; dagegen Gruppe der höheren Beamten, der Aerzte etc. 5pCt.

Der Einfluss der Wohnungsverhältnisse: Gute Verhältnisse ergaben 32,7pCt.; mittlere, schlechte und sehr schlechte 64,3 pCt.

Unter den Folgekrankheiten ist die weitaus häufigste die katarrhalische Pneumonie, dann der Häufigkeit nach die Bronchitis, die Eklampsie, die Enteritis, die Meningitiden, Marasmus, Herzkrankheiten, Tuberculose mehrerer Organe u. s. w.

Concomitirende Krankheiten sind hauptsächlich die Rhachitis, Digestionskrankheiten, Eklampsie und Krankheiten der Athmungsorgane.

Endlich wird auch die Beziehung zwischen den Keuchhusten- und Masernepidemieen besprochen, welche offenbar oft in gegenseitigem Gefolge auftreten.

3 Tabellen zeigen die obengenannten, sowie die Zahlenverhältnisse der Keuchhusten-Sterblichkeit in den verschiedenen Kantonen der Schweiz.

JONQUIÈRE.

94) **E. J. Buning** (Winschoten). **Keuchhusten. (Kinkhoest.)** *Med. Revue. April 1901.*

Flüchtiger Ueberblick mit vielen Recept-Formeln.

H. BURGER.

95) **Notiz des Herausgebers. Das Wesen des Keuchhustens. (The essential nature of whooping cough.)** *Philadelphia Medical Journal. 12. Janunr 1901.*

Verfasser sieht die Ursache des Keuchhustens in einem infectiösen Agens und ist der Ansicht, dass die Erkrankung auf Intoxication beruht.

EMIL MAYER.

96) **H. F. Thompson. Ueber die Behandlung des Keuchhustens. (Suggestions on the treatment of whooping cough.)** *Philadelphia Medical Journal. 12. Januar 1901. N. Y. Medical Record. 19. Januar 1901. N. Y. Medical News. 2. Februar 1901.*

Bericht über 12 Fälle, bei denen die Anwendung von Heroin wesentliche Besserung brachte.

EMIL MAYER.

97) **Guida. Locale Therapie bei Keuchhusten. (Local applications for whooping cough.)** *Y. J. Medical Journal. 2. März 1901.*

Verfasser empfiehlt Carbolapplicationen auf den Pharynx in der Form

Rp. Acid. carbol. crystall. 1,0
Glycerin 11,0
Sol. Cocaini hydrochl. (2proc.).

LEFFERTS.

98) **Spiess. Ein neuer Gesichtspunkt bei der Behandlung des Keuchhustens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1901.*

Empfehlung der Einblasung von Orthoform nur mit dem Kabierske'schen Pulverbläser bei gleichzeitiger tiefer Einathmung bei Kindern, 2stündlich 3—4 Inhalationen.

SCHECH.

9) **E. Payne. Heilung des Keuchhustens durch Irrigation der Nase. (Whooping cough cured by irrigation of the nares.)** *Brit. Med. Journal. 4. May 1901.*

Verfasser erzielte bei einem 14jährigen Knaben, der seit 3 Wochen mit den gewöhnlichen Methoden vergeblich behandelt worden war, durch Nasenspülungen mit Carbollösung (3—4mal täglich) schon nach 2 Tagen eine merkliche Besserung; nach einer Woche traten keine Anfälle mehr auf. ADOLPH BRONNER.

f. Schilddrüse.

100) **David Bovaird. Asthma thymicum. (Thymic Asthma.)** *N. Y. Medical News. 26. Januar 1901.*

Bei plötzlichen Todesfällen, in welchen sich eine vergrösserte Thymus fand, wie in dem vorliegenden Fall, sah man früher die Ursache des plötzlichen letalen Ausgangs lediglich in der Vergrösserung dieser Drüse. Erst in den letzten Jahren ist man darauf aufmerksam geworden, dass dabei auch allemal andere lymphatische Gewebe gleichzeitig vergrössert sind, und zwar so regelmässig, dass man darin einen wichtigen Factor zur Herbeiführung des tödtlichen Ausganges erblickt. Der „Status lymphaticus" wird jetzt von vielen Pathologen zum mindesten als prädisponirende Ursache des plötzlichen Todes angesehen. Es giebt aber zweifellos gewisse Fälle, in denen die Thymus allein als Ursache dafür angenommen werden muss. Zuweilen geht dann dem tödtlichen Ausgange eine mehr oder minder lange Periode erschwerter Athmung voraus. Bei sehr hochgradiger Dyspnoe brachte zuweilen die theilweise Entfernung der Thymusdrüse Erleichterung. Es giebt eine Anzahl Fälle, in denen keinerlei Symptom auf den bevorstehenden tödtlichen Ausgang hinweist. Hier muss man dann annehmen, dass die vergrösserten Lymphdrüsen unter den Todesursachen eine Rolle spielen. Der Mechanismus der Aetiologie ist unbekannt. LEFFERTS.

101) **E. Fischer. Eine persistirende Thymus.** *Anat. Anzeiger. Bd. 19. Heft 5/6. März 1901.*

Verfasser giebt eine kurze, von einer Abbildung begleitete Beschreibung eines Falles von Persistenz der Thymus bei einem 30jährigen Manne. Das Organ bestand aus drei platten, von einander völlig isolirten Körpern, die sich in symmetrischer Anordnung etwa vom Unterrande der Schilddrüse bis rechts zur Mitte, links zum unteren Drittel des Herzbeutels abwärts erstreckten, an dessen Vorderseite sie durch Bindegewebe festgelöthet waren. Nahe der oberen Grenze beider Gebilde ging ein festerer Strang Bindegewebe, beide verbindend, quer durch die Trachea. Drüsensubstanz war in letzterem nicht enthalten. Die mikroskopische Untersuchung der beiden Thymuslappen ergab den typischen Bau der Kinderthymus. Das lymphatische Gewebe zeigte sich nur durch wenige Züge von Fett und Bindegewebe durchsetzt; allenthalben fanden sich die concentrischen Thymuskörperchen. R. SEMON.

102) **E. v. Cyon** und **Ad. Oswald. Ueber die physiologische Wirkung einiger aus der Schilddrüse gewonnener Producte.** *Pflüger's Arch. LXXXIII. 1901.*

Das Thyreoglobulin, das als einen Bestandtheil das Jodothyrin enthält, ver-

ursacht Verstärkung der verlangsamten Herzschläge (die Durchschneidung der beiden Vagi vermochte diese verstärkende Wirkung nicht aufzuheben) und bei gewissen Thierarten auch Senkung des Blutdruckes.

Das aus menschlichen Schilddrüsen durch Trypsinverdauung erhaltene Product erzeugte bei Kaninchen und Hunden Steigerung des Blutdruckes und Beschleunigung der Herzschläge. Die bei der Verdauung des Thyreoglobulins mittelst Pepsinchlorwasserstoffsäure gebildeten Albumosen waren ohne Wirkung auf Blutdruck und Herzschlag.

Das Thyreoglobulin muss als die albuminöse Substanz betrachtet werden, welche den Jodothyrincomplex in ihrem Molekül enthält.

Die übrigen aus der Schilddrüse gewonnenen Producte, wenn sie auch Jod enthalten, besitzen nicht die physiologischen Eigenschaften des Jodothyrins.

A. ROSENBERG.

103) **Heusner. Hyperhydrosis bei Phthise und Struma. (Hyperidrosis of phthisis and exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 2. März 1901.*

Rp. Bals. Peruv. 1,0
Acid. form.
Chloral hydrat. aa 5,0
Spir. vini rectif. (abs.) 100,0.
MDS. Aeusserlich.

LEFFERTS.

104) **B. Abrahams. Struma syphilitischen Ursprungs. (Exophthalmic goitre of syphilitic origin.)** *Philadelphia Medical Journal. 9. Februar 1901.*

Das Vorkommen einer Struma bei drei zweifellos syphilitischen Kranken kann nach der Ansicht des Verfassers keine zufällige Coincidenz sein. Die alte Ansicht, nach welcher die Struma auf Störungen des Halssympathicus zurückzuführen sei, sollte verlassen werden. Die Fälle, welche durch Quecksilber oder Jodbehandlung heilen, müssen als syphilitischen Ursprungs angesehen werden. In Fällen, wo die gewöhnliche Behandlung versagt, soll specifische Behandlung einsetzen. Fälle, bei denen gleichzeitig Gangrän der Extremitäten, Pigmentirungen der Haut, nächtliche Kopfschmerzen oder andere anf Lues verdächtige Symptome bestehen, sollen specifisch behandelt werden.

EMIL MAYER.

105) **W B. Thistle. Struma. (Exophthalmic goitre.)** *Dominion Medical Monthly. Januar 1901.*

Bericht über zwei Fälle. Im ersten trat nach Aspiration und Injection einer Eisenchloridlösung völlige Heilung ein. Im zweiten Fall wurde ein Theil der Drüse auf operativem Wege entfernt und so Heilung erzielt.

EMIL MAYER.

106) **H. Wellington Yates. Die Behandlung der Struma. (Goitre and its treatment.)** *The Physician and Surgeon. Februar 1901.*

Verfasser hat bei soliden Tumoren parenchymatöse Injectionen von Protonuclein mit gutem Heilerfolge angewandt, Aspiration und Jod oder Jodoformemulsion bei cystischen Tumoren.

EMIL MAYER.

107) **Allen T. Haight. Erfolgreiche Behandlung des Kropfes mit Collodiumverband. (Exophthalmic goitre successfully treated with collodion dressings.)** *Chicago Medical Recorder. März 1901. Chicago Clinic. März 1901.*

Das Collodium muss ganz frisch sein. Der Kopf des Patienten wird in eine legere Haltung mit erschlafften Muskeln gebracht. Die Application soll in zwei- bis fünftägigen Zwischenräumen wiederholt werden. Das Verfahren war in der Hand des Autors recht erfolgreich.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

108) **Ortmann. Klinische Beiträge zur Erkrankung des Oesophagus durch Ulcus e digestione.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1901.*

Zwei Fälle von Verengerung der Speiseröhre am Anfang der Cardia; die Erweiterung gelang mit conischen Sonden, und glaubt O., dass es sich theils um frühere Geschwüre, theils um Narbenstenose handelte.

SCHECH.

109) **F. Bauer** (Stockholm). **Corpus alienum Oesophagi — (2 Oere-Münze) Röntgoskopie — Oesophagotomie — Heilung.** *Hygiea. Bd. LXVII. S. 320.*

Ein 3jähriges Mädchen hatte vor einer Woche eine 2 Oere-Münze verschluckt. Dysphagie. — Röntgoskopie. — Operation. — Heilung.

E. SCHMIEGELOW.

110) **Heintze. Spontanruptur des Oesophagus. (Spontaneous rupture of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Februar 1901.*

Die Spontanruptur des Oesophagus gehört zu den seltensten pathologischen Vorkommnissen. Verfasser berichtet über einen Fall, wo ein 43jähriger Mann unmittelbar nach der Mahlzeit von diesem Ereigniss betroffen wurde. Er hatte grosse Schmerzen im Magen, collabirte und starb nach 7 Stunden. Es fand sich ein $^1/_2$ Zoll langer Riss in der Speiseröhre nahe dem Magen. Bei der makroskopischen Untersuchung fand sich keine Ursache, nur ergab die mikroskopische Untersuchung Zeichen einer frischen Entzündung.

LEFFERTS.

111) **L. Zembozuski. Ein Fall von Exfoliation der Oesophagus-Schleimhaut infolge Verbrennung mit Kalilauge. (Przypadek wydaleniu btony sluzowgj przetykn po oparzeniu tugiem zrgcym.)** *Gazeta lek. No. 13. 1901.*

Ein 18jähriges Mädchen entleerte während des Brechens am 4. Tage, nachdem sie einen Schluck Kalilauge heruntergeschluckt hatte, einen membranösen Schlauch von schmutzig-grauer Farbe, 18 cm lang, 12,9 an der breitesten und 4 cm an der engsten Stelle im Umfang, welcher bei der mikroskopischen Untersuchung sich als Schleimhaut des Oesophagus darstellte; die Epithelialschicht war gänzlich zerstört und theilweise auch das submucöse Gewebe. Die Patientin, bei welcher eine methodische Dilatation angewandt wurde, genas allmälig.

A. v. SOKOLOWSKI.

112) **Killian** (Freiburg). **Zur Geschichte des Oesophago- und Gastroskopie.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 58. Bd. 1901.*

Die geschichtliche Darstellung der Oesophago- und Gastroskopie weist nach,

dass das grundlegende Princip der geraden Röhren von **Kussmaul** zuerst im Jahre 1868 erkannt und am Lebenden mit Erfolg in Anwendung gebracht worden wor.

SEIFERT.

113) **F. Edmunds. Ein erfolgreicher Fall von Gastrotomie wegen Fremdkörper im Oesophagus. (A successful case of gastrotomy for impacted foreign body in the Oesophagus.)** *Lancet. 23. Februar 1901.*

Ein 45jähriger Mann verschluckte eine Platte mit drei falschen Zähnen. Es stellten sich grosse Schmerzen im Epigastrium ein. Der Magen wurde eröffnet, die Hand eingeführt und die Platte mit der Zange entfernt. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

114) **H. A. Beadt. Operation zur Entfernung eines Fremdkörpers, der seit über zwei Wochen im Oesophagus steckte. (Operation for the removal of a foreign body impacted in the esophagus for more than two weeks.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 28. Februar 1901.*

Es handelt sich um einen 8jährigen Knaben, der beim Spielen ein Blechstück von 7—8 Zoll Durchmesser im Munde trug. Es rutschte ihm in den Schlund hinunter und klemmte sich in der Höhe des Brustbeingriffs fest, wie sich durch Röntgenstrahlen nachweisen liess. Bald danach vermochte er keine feste Nahrung mehr zu schlucken und lebte bis zu seinem Eintritt ins Spital nur von Flüssigkeiten. In Anbetracht der längeren Verweildauer des Fremdkörpers in der Speiseröhre dachte man an die Möglichkeit einer Druckulceration und hielt deshalb die Einführung von Instrumenten durch den Mund nicht für rathsam. Durch äussere Oesophagotomie vermochte man den Fremdkörper mit dem Finger zu fühlen und mit der Zange zu entfernen. Gleichzeitig fanden sich unverdaute Nahrungsreste in der Wunde, die ebenfalls entfernt wurden. Sie hatten wahrscheinlich die Schleimhaut vor den scharfen Rändern des Blechstückes während der Einklemmung geschützt. Die Schlundwunde wurde durch Naht geschlossen, die äussere Wunde durch provisorische Nähte, unter gleichzeitiger Einlegung von Gazedrains. 10 Tage lang wurde der Patient durch Nährklysmen ernährt und dann mit löffelweise gereichter Milch; erst später ging man zu fester Nahrung über. 17 Tage nach der Operation sistirte die Eiterung.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **E. Göppert. Beiträge zur vergleichenden Anatomie des Kehlkopfes und seiner Umgebung, mit besonderer Berücksichtigung der Monotremen.** Mit 4 lithogr. Tafeln und 5 Textfiguren. Semon's Zoologische Forschungsreisen in Australien und dem Malayischen Archipel. Bd. III. 1901.

Göppert's umfassende Arbeit bietet eine erschöpfende Uebersicht des derzeitigen Standes unserer Kenntnisse der vergleichenden Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfes bei Amphibien, Reptilien und Säugethieren, wie

sie sich, um nur die Hauptetappen hervorzuheben, durch die Arbeiten von Henle (1839), Dubois (1886), Gegenbaur (1892), Wilder (1892, 1896), Kallius (1897) und in letzter Zeit unter hervorragender Betheiligung des Verfassers (1894, 1898, 1899) gestaltet haben. Für eigene neue Untersuchungen, die in dieser Arbeit niedergelegt sind, bot das Studium der Anatomie des Kehlkopfes der niedersten eierlegenden Säugethiere Ornithorhynchus und Echidna und seiner Entwickelung bei Echidna an dem vom Referenten in Australien gesammelten Material den Ausgangspunkt. Nach einer histologischen Einleitung bespricht Göppert im ersten Theil seiner Arbeit den Kehlkopfeingang und seine Umgebung bei Amphibien, Reptilien und Säugethieren (Monotremen, Marsupialiern und Placentaliern). Aeusserst interessant sind die zusammenfassenden Betrachtungen über die functionellen Wandlungen des Kehlkopfeinganges in der Amniotenreihe am Schlusse dieses Theiles. Aus dem kurzen Anhang über den Binnenraum des Kehlkopfes der Monotremen sei hervorgehoben, dass bei diesen niedersten Säugethieren von Stimmbändern noch nicht gesprochen werden kann. Auch fehlt jede Spur einer dem Ventriculus Morgagni vergleichbaren Bildung. Der zweite ausführlichste Theil behandelt das Skelett des Säugethierkehlkopfes: Cart. thyreoides, Cart. epiglottidis und cuneiformis, primäres Laryngo-trachealskelett (Cart. lateralis und Abkömmlinge: Arytaenoid, Cricoid und Trachealringe) von vergleichend anatomischem und entwickelungsgeschichtlichem Standpunkt. In dem darauf folgenden Theil über die Muskulatur des Kehlkopfes wird eine zusammenhängende Darstellung der Entwickelung der dem 7. Visceralbogen (5. Kiemenbogen) zugehörigen Muskelgruppe in der Tetrapodenreihe gegeben und gezeigt, dass die dem Nervus recurrens zugehörigen Muskeln als Abkömmlinge dieser Muskelgruppe aufzufassen sind. Der vierte Theil des Werkes giebt ein Bild der bedeutenden Wandlungen, die die Innervation des Kehlkopfes auf dem Wege von den Amphibien zu Reptilien und Säugethieren durchgemacht hat. In der Schlussbetrachtung werden einige Ergebnisse allgemeiner Art zusammengefasst und hervorgehoben, vor Allem die Frage erörtert, welche Schlüsse sich aus den Kehlkopfsbefunden für die gegenseitige Stellung von Ornithorhynchus und Echidna, ferner für ihre Stellung zu den höheren Säugern und zu den Reptilien ziehen lassen. Verfasser kommt zu dem Resultat, dass für viele Eigenthümlichkeiten des Säugethierkehlkopfes die Verhältnisse nicht der Reptilien, sondern der Amphibien den Schlüssel abgeben, und dass viele Uebereinstimmungen nicht nur zwischen jenen drei Klassen, sondern auch innerhalb derselben nicht als wirkliche Homologien, sondern als blosse Convergenzerscheinungen aufzufassen sind, die durch gleichartige Inanspruchnahme ähnlicher Theile zu Stande gekommen sind.

R. Semon.

b) A. Cartaz. Erkrankungen der Nase. (Maladies du nez.) Ext. du traité de méd. et de thérap. Tome VII. Part. 1900.

Verfasser, der mit der Redaction des Capitels über Nasenkrankheiten beauftragt ist, unterzieht nach einander die Semiologie, Physik (Untersuchungsmethoden, Rhinoscopia anterior und posterior) sowie functionelle Semiologie (verschiedene Störungen mechanischer, nervöser, circulatorischer Art), wie sie die dreifache

Function der Athmung, Stimmgebung und des Geruchs modificiren, eingehender Besprechung. Hier finden sich Epistaxis, Reflexneurosen der Nase besprochen. Der zweite Theil erledigt die specielle Pathologie und enthält acute, vasomotorische, sowie chronische Rhinitis. Die Arbeit schliesst mit Studien über Tuberculose und Syphilis der Nase. Autoreferat.

---

c) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. März 1901.

Vorsitzender: E. Cresswell Baber.

Sir Felix Semon: Maligne Erkrankung des Larynx. Es handelt sich um einen 47 jährigen Mann, bei dem die seit einigen Monaten bestehende Heiserkeit das einzige Krankheitssymptom war. Bei der Ausführung der Thyrotomie fand sich eine Geschwulst, die vor Kurzem noch nur das rechte Stimmband eingenommen hatte, sich nun aber über die ganze rechte Hälfte des Kehlkopfes sowie über den vorderen Theil des linken Stimmbandes verbreitete, auch der rechte Aryknorpel war hochgradig infiltrirt, musste exstirpirt werden. Die Heilung verlief glatt und Patient konnte schon am 10. Tag das Bett verlassen.

Die mikroskopische Untersuchung (Shattock) ergab ein squamöses Carcinom. Bisher, nach einem Zeitraum von 7 Monaten nach der Operation, ist noch kein Recidiv aufgetreten, und die Stimme wieder kräftiger geworden. Das theilweise zurückgelassene linke Stimmband kreuzt bei der Phonation die Mittellinie und schwingt bis an die Narbe auf der rechten Seite heran. Nach der Erfahrung des Vortr. pflegt die Stimme bis zum Ende des ersten Jahres nach der Operation sich zu verbessern. Auf eine diesbezügliche Anfrage erwidert S., dass der Procentsatz seiner Dauerheilungen, frische Fälle nicht eingerechnet, 83,3 pCt. beträgt.

H. B. Robinson: Retentionscysten der Lymphfollikel in der Vallecula.

H. B. Robinson: Chronische Laryngitis mit Verdickung der hinteren Abschnitte des Ringknorpels.

H. B. Robinson: 2 Fälle von frischer Perforation der knorpligen Nasenscheidewand.

H. B. Robinson: Fälle von tuberculöser und syphilitischer Erkrankung.

H. B. Robinson: Ein Fall von Sarcom (?) der Zunge und des Rachens. Bis vor 1 Monat war davon noch nichts zu sehen. Nunmehr besteht eine ringförmige Schwellung auf der hinteren Zungenhälfte, nahe der linken Tonsille. Die Geschwulst war oberflächlich und die Bewegungen der Zunge nicht gehindert; keine Schmerzen. Nach der Ansicht des pathologischen Anatomen

handelte es sich um Sarkom. Vortr. sowie mehrere Discussionsredner halten den Tumor für syphilitisch.

de Havilland Hall: Lähmung des linken Stimmbandes, der rechten Gesichtshälfte, des rechten Genio-hyoglossus und der linken Hälfte des Gaumensegels. Es handelt sich um einen 26 jährigen Soldaten, dessen Erkrankung auf der Heimreise vom südafrikanischen Feldzug zum Ausbruch kam. Anamnestisch war nur Gonorrhoe, nichts von Syphilis nachweisbar. Anfänglich bestanden nur Schlingbeschwerden, später war auch Stimme und Sprache und die Bewegung von Lippen und Zunge erschwert. Die Extremitäten der rechten Körperseite scheinen schwächer, beiderseitige Kniereflexe fehlen, sonst keinerlei Krankheitserscheinungen. Vortr. denkt an subacute Polioencephalitis.

Pegler: Hochgradiger Septumdefect bei einem Kranken nach Trauma in der Kindheit.

Pegler: Maligne Erkrankung des Larynx. Es sind bereits ausgedehnte Drüsenschwellungen vorhanden, obgleich die Krankheitssymptome erst seit 4 Monaten bestehen.

Jobson Horne: Maligne Erkrankung der Tonsille. Ein vorgeschrittener inoperabler Fall.

Glegg (für Harvey): Ein Fall von totaler Exstirpation des Larynx. 48 jähriger Mann, bei welchem die rechte Seite des Kehlkopfes von einer Geschwulst eingenommen war, die sich mikroskopisch als Epitheliom erwies. Dasselbe war bohnengross, sass auf infiltrirter Basis gerade unter der rechten aryepiglottischen Falte. Ein Theil des Taschenbands und Stimmbands waren von der Geschwulst verdeckt, und letzteres deutlich unbeweglich. Der Schildknorpel schien auf der rechten Seite verdickt. Die Krankheitssyptome hatten vor 6 Monaten mit Schlingbeschwerden begonnen, in letzter Zeit waren Ohrenschmerzen hinzugekommen. Während eines Anfalles von Pneumonie wurde Tracheotomie und im Juli 1900 Totalexstirpation ausgeführt. Die Geschwulst hatte die hinteren Abschnitte der Membrana crico-thyreoidea rechterseits durchbrochen. Im December war die locale Erkrankung im günstigen Zustand, aber es fand sich eine harte Drüse in der benachbarten Jugulargegend etwa in der Höhe des Zungenbeins, welche entfernt wurde. Der Patient trug Gluck's künstlichen Kehlkopf und es geht ihm ersichtlich gut.

H. I. Davis: Abnorme Länge der Uvula. Es handelt sich um einen Fall von alter Hals- und Nasenerkrankung. Das Ende der Uvula liegt auf der Epiglottis. Es besteht ein geringer Husten, wahrscheinlich von den Lungen her.

H. I. Davis: Präparate von adenoiden Wucherungen. Es handelte sich um eine Anzahl von Geschwülsten, die mit der Curette entfernt worden waren und folgenden Befund darboten: 1. zwei seitliche Geschwulstmassen von der medianen Raphe ausgehend; 2. exsudativer Belag wie bei folliculärer Angina; 3. ulcerirte Stellen mit Eiter und Concrementen; 4. erweiterte Blutgefässe, die zu der Geschwulst hinziehen.

de Santi: Submucöse Blutung am Gaumensegel. Dieselbe war plötzlich beim Kauen einer harten Brotrinde entstanden und erwies sich als Haematom von Wallnussgrösse. Früher waren schon derartige Haematome am Mundboden und der Zunge aufgetreten. Kein Anhaltspunkt für Haemophilie.

Watson Williams: Angeborene Fensterung der Gaumenbögen.

Dundas Grant: Ein Fall von Fixation des linken Stimmbandes und Empyem der rechten Kieferhöhle. Frau von 46 Jahren. Seit 20 Jahren Heiserkeit. Beträchtliche Verdickung der Basis des linken Arytaenoidknorpels. Die Fixation war wahrscheinlich auf Unbeweglichkeit der Articulatio zurückzuführen. Bisher ist noch kein operativer Eingriff vorgenommen worden.

W. G. Spencer: Tumor des Stimmbands bei einem 12jährigen Knaben. Eine weiche röthliche Schwellung nimmt das ganze rechte Stimmband ein. Heiserkeit seit 12 Monaten. Dabei besteht eine Schwellung am Schienbein, die wahrscheinlich auf congenitale Syphilis zurückzuführen ist.

Hall, Lack, Thomson, Bond halten den Zustand für entzündlicher Natur, bezweifeln aber den syphilitischen Character.

Permewan: Ein Larynxfall zur Diagnose. 55 jähriger Mann mit Schlingbeschwerden; seit 4 Wochen ist ein kleiner, weisser, ringförmiger Tumor bemerkbar, der von der Hinterseite des Rachens nach abwärts steigt. Schwellung der beiderseitigen aryepiglottischen Falten hinter dem rechten Arytaenoidknorpel, weissliche, granuläre, polypöse Schwellungen, vollständige Unbeweglichkeit des Larynx auf der linken Seite. Die Geschwulst wurde entfernt und erwies sich bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung von entzündlicher Natur. Jodkali war wirkungslos.

Sir Felix Semon hält es für wahrscheinlich, dass die Hervorwölbungen zu beiden Seiten des Rachens dieselbe Ursache haben, wie die Infiltration, welche die linke Kehlkopfseite unbeweglich macht, und hält die Erkrankung für eine maligne.

Spencer hat eine Reihe von Fällen beobachtet, bei welchen die unteren Partieen des Pharynx bösartig erkrankt und lange Zeit hindurch unbeweglich waren. Die primäre Geschwulst kann dabei ausserordentlich klein sein, selbst wenn ausgedehnte Drüsenschwellungen bestehen.

Dundas Grant hat einen Fall gesehen, bei welchem ein ganz kleiner primärer Tumor des Pharynx mit Drüsenschwellungen einherging. Er hält den vorliegenden Fall für bösartig.

Nach Bond sind Geschwulst und umgebende Gewebspartien weich, was bei einer malignen Erkrankung in dieser Gegend ungewöhnlich ist. Immerhin hält auch er die Erkrankung für bösartig.

Bennett demonstrirt einen Larynxfall zur Diagnose.

Sitzung vom 12. April 1901.

Vorsitzender: Cresswell Baber.

Spencer: Geschwulst am Stimmband bei einem Knaben (Demonstration in der vorigen Sitzung). Der Kranke, ein 12jähriger Junge, hat Jodkali und Quecksilber bekommen, worauf die Schwellungen am Bein und am Stimmband ganz zurückgegangen sind, ein Beweis für die syphilitische Natur des Leidens.

St. Clair Thomson: 33jährige Kranke mit chronischer Laryngitis und Geschwüren auf einem Stimmband. Ausgesprochene, allgemeine, subacute Laryngitis mit Ulcerationen am vorderen Drittel eines Stimmbandes. Heiserkeit seit 6 Monaten. Anzeichen für Tuberculose oder Syphilis fehlen gänzlich, Jodkali hat den Zustand verschlimmert. Uebelriechende, grünliche Borken beiderseits im mittleren Nasengang. Wahrscheinlich hängt die Halserkrankung mit der Nasenerkrankung zusammen.

St. Clair Thomson: Eine drei Monate dauernde Infiltration des rechten Stimmbandes bei einem 40jährigen Mann. Das hintere Drittel des noch beweglichen Stimmbandes ist roth und infiltrirt.

Jobson Horne hält den Fall für Pachydermia diffusa.

St. Clair Thomson: Eine seit 6 Monaten bestehende Infiltration des rechten Stimmbandes bei einem 60jährigen Mann. Der centrale Abschnitt des Stimmbandes war gewulstet, roth und infiltrirt, die Bewegungen zum grössten Theil frei, zuweilen etwas behindert. Kein Anhaltspunkt für tuberculöse oder syphilitische Natur des Leidens. Butlin, der den Patienten früher schon gesehen hat, wird dadurch an zwei Fälle aus seiner Erfahrung erinnert, bei welchen eine nach Thyreotomie ausgeführte Infiltration ein kleines Blutgerinnsel im Centrum der Schwellung zu Tag förderte. Butlin's Fälle, sowie der vorliegende, erklären sich durch Ueberanstrengung der Stimme.

Scanes Spicer: Neubildungen an der hinteren Wand des Larynx mit Parese des linken Stimmbandes bei einem 49jährigen Mann. Heiserkeit seit 4 Jahren. Bereits zweimal wurden Partien eines gestielten Tumors entfernt. Pathologisch-anatomisch fand sich das eine Mal Tuberculose, das andere Mal maligne Neubildung. Schmerzen, Blutungen, Erweichungen, Drüsenschwellungen nicht vorhanden, noch nirgend ein Hinweis auf Tuberculose, Syphilis, eitrige Infection oder Ueberanstrenguug der Stimme.

Sir Felix Semon befürchtet Malignität. In Anbetracht der Kleinheit der Geschwulst befürwortet er Probe-Thyreotomie.

Scanes Spicer: Laryngitis mit subglottischer Hyperplasie unterhalb der vorderen Commissur bei einem 36jährigen Mann. Seit 4 Monaten Heiserkeit, kein Hinweis auf Tuberculose oder andere Erkrankung. Gelegentlich trat auch Oedem der epiglottischen und aryepiglottischen Falten auf. Der



Kranke ist Getreidehändler und die Möglichheit erscheint nicht ausgeschlossen, dass ein Partikel von einer Aehre in den Larynx eingedrungen ist und die Erscheinungen verursacht hat.

Grant denkt an Tuberculose.

Lake empfiehlt Quecksilberbehandlung.

Pegler berichtet von einem Fall, bei welchem nach dem Verschlucken einer Fischgräte Oedem auftrat.

Logan Turner: Larynxpräparat von einem Fall mit primärer Larynxdiphtherie. Die Membran war durchaus auf den Larynx beschränkt und reichte von der Spitze der Epiglottis bis zum Ringknorpel. Schneller tödtlicher Verlauf.

Logan Turner: Larynxpräparat zur Diagnose. Larynx eines Knaben, bei welchem Inhalation von erbrochenen Massen während des Schlafes zu einem tödtlichen Ausgang geführt hatte. Zahlreiche weissliche Knötchen, an Miliartuberkel erinnernd, nahmen den Larynx und die oberen Abschnitte der Luftröhre ein. Mikroskopisch erwiesen sie sich als lymphoides Gewebe unter der Epithelschicht. Riesenzellen oder andere Zeichen von Tuberculose fehlten.

Jobson Horne hält dafür, dass hier das Epithel zerstört war und so die unterliegenden Gewebsschichten zu Tage traten.

Walsham: Zerstörungen der Nase durch ein Frettchen. Die Verletzung stammt aus früher Kindheit und hatte die Nase sowie die vorderen oberen Partien der Lippe zerstört. Der 24 jährige Kranke hat bereits 18 plastische Operationen durchgemacht, unter denen die erfolgreichste im Jahre 1887 von Sir Thomas Smith ausgeführt worden war. Hierbei war die Haut zur Transplantation vom Arm entnommen worden.

Jobson Horne: Ein Fall von Larynx-Epitheliom. 69 jähriger Mann mit seit 18 Monaten bestehender Schwäche der Stimme und ungestörtem Allgemeinbefinden. Die Geschwulst nahm die vorderen Zweidrittel des rechten Stimmbandes ein, war im Wesentlichen papillomatöser Natur, und füllte die vordere Hälfte der Glottis ganz aus. Unbewegliches rechtes Stimmband. Die linke Hälfte des Larynx schien frei. Keine Drüsenschwellungen.

Der Vorsitzende sieht die Erkrankung für bösartig an.

Sir Felix Semon empfiehlt Thyreotomie und Entfernung der Geschwulst.

Fitzgerald Powell hat den Fall vor 4 Monaten gesehen, constatirt geringe Veränderung und empfiehlt Operation.

Fitzgerald Powell: Fall von Larynxtuberculose bei einem 18 jährigen Mann. Ausgedehnte Infiltration, gegen die Curettement und Milchsäure-Application in Vorschlag gebracht werden.

Wyatt Wingrave: Präparate zu Demonstrationen zweier Hauptarten von intranasalen Papillomen. 1. Squamöse Unterart, vom Vestibulum

stammend, histologisch ähnlich der gewöhnlichen Hautwarze. 2. Columnäre Unterart, ausgehend von der Schleimhaut des Septums des Nasenbodens oder der Muscheln. Bildungen von Schleimgewebe mit columnärer Anordnung gewimperten Epithels. Hier und da squamöse Partien.

Richard Lake: Abbildung von Cysten in dem Nasenboden und von Pachydermia laryngis (tuberculosa).

Atwood Thorne: Ein Fall von Pharyngomycosis bei einer Frau.

Scanes Spicer regt die Frage der Behandlung an; bei ausgesprochenen Symptomen empfiehlt er alkalische, antiseptische Waschungen mit örtlicher Anwendung von Sublimat oder Galvanokauter.

Fitzgerald Powell empfiehlt ein- oder zweimal in der Woche Ausschabung und Anwendung von Silbernitrat.

Wyatt Wingrave: Man soll zwischen Leptothrix und Keratose unterscheiden. Erstere heilt nach Anwendung von schwefliger Säure und Antisepticis, die Keratosis dagegen durch Anwendung von Salicylsäure.

Parker betont, dass während der Anfangsstadien der Mycose der Fungus fest adhärent war und sehr schwer zu entfernen. Nach einigen Monaten lockerte er sich und konnte nun leicht abgetragen werden.

Sir Felix Semon ist der Ansicht, dass sowohl Lepthothrixfälle, wie echte Keratose allemal vorkommen bei Leuten mit geschwächter Gesundheit. Luftwechsel, Tonica u. s. w. führen ohne örtliche Behandlung zur Heilung.

Herbert Tilley: Stirnhöhlenempyem mit deutlicher Distension er inneren Wand der Höhle. 16 jähriger Junge mit Verstopfung und eitrigem Ausfluss aus der rechten Nasenhälfte. Die geschwollene und hervorgewölbte Stirnhöhlenwand berührte das Septum und bei Druck entstand ein eigenthümliches knackendes Geräusch. Eine Knochenleiste, zweifellos der Processus uncinatus, durchquerte die Schwellung von oben nach unten. Der Patient erhielt Irrigationen der Stirnhöhle durch eine Alveolaröffnung, aber der eitrige Ausfluss dauerte noch fort. Radicaloperation kommt in Frage.

Der Vorsitzende und Park sind für Aufschub der Operation, da sich der Zustand sichtlich bessert.

Spicer ist der Meinung, dass der fortdauernde Ausfluss aus dem Ostium maxillare zu Entzündung des Siebbeins und des Processus uncinatus führen muss.

Pegler: Schilddrüsencyste. Vorschlag zur operativen Beseitigung.

Der Vorsitzende betont die Schwierigkeit, einer Diagnose auf cystische Natur dieser Geschwülste ohne voraufgegangene Punction. Er berichtet von einem Fall, in welchem auf die Probepunction eine ausgedehnte Blutung eintrat und nach wenigen Tagen Besserung Platz griff.

Dundas Grant hat einige günstige Resultate nach der Injection von Sublimat beobachtet, wie sie Morell Mackenzie empfohlen hat.

Sir Felix Semon macht auf die schweren Folgen aufmerksam, die man nach Jodinjectionen gesehen hat. Er citirt einen Fall von tödtlicher Sepsis nach Injection von Eisen. Die jüngsten vorzüglichen Erfahrungen der Chirurgen auf dem Gebiet der Schilddrüse haben der Injeciionstherapie den Boden entzogen.

Der Vorsitzende betont gleichfalls die Gefahr der Abscessbildung nach Eiseninjectionen.

St. Clair Thomson und Powell sprechen zu Gunsten chirurgischer Behandlung, letzterer citirt einen Todesfall, nach Einführung der elektrolytischen Nadel.

Lambert Lack: Ungewöhnliche Geschwulst an der hinteren Larynxwand. 29 jährige Frau mit Schluckbeschwerden seit 15 Jahren, Stimmschwäche, ungestörter Allgemeinzustand. Von der hinteren Fläche der Aryknorpel entspringt ein grosser blasser Tumor. L. hält ihn für gutartig oder sarkomatös, keine Drüsenschwellungen.

Sir Felix Semon betont das ungewöhnliche Auftreten. Er schliesst Carcinom mit Sicherheit aus, und tritt entschieden für Sarkom ein. Die Stimmbänder bewegen sich gut; er empfiehlt die Entfernung der Geschwulst mit der Schlinge und ihre mikroskopische Untersuchung.

St. Clair Thomson berichtet von einer ähnlichen Affection an der analogen Stelle, die mit einem Abscess in Verbindung zu stehen schien.

Dundas Grant: Pachydermie der Processus vocales. Ein typischer Fall nach Ueberanstrengung der Stimme.

Dundas Grant: Specifische Perforation des Gaumens und tuberculöse Ulceration des Larynx bei einer Frau mittleren Alters. Die Erkrankung des Gaumens war zweifellos eine syphilitische, die Epiglottis verdickt und ulcerirt, wie bei Tuberculose.

Scanes Spicer hat die Patientin vor einiger Zeit gesehen, als die tuberculöse Erkrankung der Epiglottis noch nicht vorhanden war.

Ernest Waggett.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. B. Fränkel (Berlin) ist die zweite Klasse des Preussischen Kronen-Ordens verliehen worden.

Prof. Dr. F. Schiffers (Lüttich) ist zum ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Universität Lüttich ernannt und mit der Leitung der laryngologischen, otologischen und rhinologischen Kliniken der genannten Universität betraut worden.

Die „Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc.“ werden in Zukunft von Dr. Marcel Lermoyez und Dr. Sebileau redigirt werden.

Hugo von Ziemssen †.

Durch den am 20. Januar 1902 in seinem 70. Lebensjahre erfolgten Tod Hugo von Ziemssen's hat die Laryngologie den Verlust eines ihrer frühesten und verehrtesten Förderer erlitten. Es ist hier nicht der Ort, der grossen und unvergänglichen Verdienste des Verewigten um die allgemeine Medicin zu gedenken. Aber die Laryngologie darf nicht vergessen, dass von Ziemssen zu jener kleinen Gruppe deutscher Professoren gehörte, die unserer Specialität von ihrem Beginne an wohlwollendes und verständnissvolles Interesse entgegenbrachte und sich an ihrem Aufbau lebhaft und erfolgreich betheiligte. Die casuistischen Mittheilungen des Verstorbenen gehörten zu dem Besten, was die laryngologische Literatur der Jahre 1865—1875 zeitigte; die von ihm selbst geschriebenen Kapitel über Kehlkopfkrankheiten im vierten Bande seines grossen Sammelwerkes „Handbuch der speciellen Pathololologie und Therapie" werden jederzeit mustergültig dafür bleiben, wie einzelne Abtheilungen einer Specialwissenschaft im Rahmen einer grossen Encyclopädie behandelt werden sollten; der in demselben Werke von ihm in Gemeinschaft mit Zenker verfasste Abschnitt über Oesophaguskrankheiten eröffnete für die bis dahin wenig berücksichtigten Affectionen des obersten Abschnitts der Speisewege eine neue Aera. Somit ist die Laryngologie dem Andenken Hugo von Ziemssen's einen reichen Zoll des Dankes schuldig, und dieser Zoll sei dem liebenswürdigen, schlichten, vornehmen Manne bei seinem Hingange herzlichst dargebracht.

Felix Semon.

F. Semeleder †.

Der Tod Dr. F. Semeleder's lenkt die Gedanken der Fachgenossen in die frühesten Anfänge der Laryngologie zurück. Semeleder gehörte zu den Wiener Pionieren der Laryngologie, zu dem Kreise der Czermak, Türck, v. Schrötter, Stoerk, Schnitzler. Freilich wurde er seiner früheren Liebe bald untreu. Er begleitete den unglücklichen Kaiser Maximilian als dessen Leibarzt nach Mexico, wo er auch nach dessen Tode verblieb. Die Wiener klinische Wochenschrift meldet jetzt, dass er in Cordoba gestorben ist. S. war der Verfasser eines im Jahre 1863 erschienenen Büchleins „Die Laryngoskopie" und der Erfinder des Brillengestells für den Stirnspiegel.

E. de Rossi †.

Am 12. November 1901 verstarb in Rom im Alter von 57 Jahren Commendatore Emilio de Rossi, ausserordentlicher Professor der Otologie und Privatdocent der Laryngologie an der Universität Rom.

Eine stimmphysiologische Anfrage.

In Beantwortung der von Dr. Spiess in der letzten Nummer des Centralblatts gestellten Anfrage sind Antworten von Herrn Professor Barth (Leipzig) und Herrn Dr. H. Gutzmann (Berlin) eingelaufen. Wir stellen den Briefkasten des

Centralblatts gern für weitere Verfolgung des interessanten Themas zur Verfügung, und bitten eventuelle Einsender nur, ihre Beiträge so kurz und sachlich wie möglich fassen zu wollen. Red.

1. Sehr geehrter Herr College!

Im 2. Heft 1902 des Internationalen Centralblatts für Laryngologie etc. bringt Spiess-Frankfurt eine „stimmphysiologische Anfrage“, die sich nicht im Sinne des Fragestellers beantworten lässt, da sie auf einer irrigen Beobachtung beruht. Richtig ist die Beobachtung folgendermaassen: „Lässt man einen Ton bei geschlossenen Lippen summen, so wird derselbe bei freier Durchgängigkeit beider Nasenseiten etwas tiefer erscheinen, wenn man ein Nasenloch zuhält. Ist aber eine Nasenseite verengt, so wird der Unterschied in der Klanghöhe noch auffallender, wenn man die freie Seite der Nase verschliesst, und zwar die Differenz um so grösser, je enger die offen gelassene Seite der Nase ist.“ Es handelt sich hierbei aber nur um die veränderte Klangfarbe, nicht um die Tonhöhe. Und damit verliert auch die Beobachtung alles Auffallende. Aehnliche Irrthümer von Verwechslung zwischen Klangfarbe und Tonhöhe kommen mehrfach vor und es werden dann besonders gelehrte Theorien zur Erklärung aufgestellt (vergl. die Diplacusis). Interessant ist mir daran immer am meisten, wie gerade in dem Kapitel geübte und erfahrene Leute oft am leichtesten Täuschungen unterliegen. Ich könnte meine vorstehende Behauptung durch weitere Ausführungen beweisen, und bin auf Wunsch bereit dazu, glaube aber, sie wird bei Beobachtung weiterer Versuche schon an und für sich einleuchten; andererseits befürchte ich, dass der Herr Herausgeber des Centralblattes es gern sieht, wenn ich nicht zu viel Raum für meine Antwort beanspruche.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Ihr ergebener
A. Barth (Leipzig).

2. Hochgeehrter Herr Professor!

Auf die Anfrage von Herrn Dr. Spiess habe ich diesem direct geantwortet. Sollten Sie aber der Meinung sein, dass meine Erklärung des Phänomens irgendwie allgemeines Interesse hat, so stelle ich sie dem Centralblatt im Folgenden auch zur Verfügung.

Die Beobachtung an sich ist richtig. Ich habe sie öfter bei Sprachübungen an Patienten mit angeborener Gaumenspalte wahrgenommen und mir stets so erklärt:

Bei stärkerer Verengerung einer Nasenhälfte kommt, wenn man beim m-Summen die andere Nase schliesst, eine Stauung des Exspirationsstromes und damit Verlangsamung desselben zu Stande. Strömt die Luft langsamer, so wird der Ton unter sonst gleicher Spannung der Stimmlippen tiefer. Im Grunde genommen ist es also dieselbe Erscheinung wie das Detoniren nach oben bei Verstärkung und das Detoniren nach unten bei Abschwächung der Stimme.

Der Grad der Nasenverengerung muss derart sein, dass er die gerade wirkende Exspirationskraft übertrifft. Experimentell lässt er sich folgendermaassen zeigen:

Bläst man einen künstlichen mit Ansatzrohr versehenen Kehlkopf durch einen mit Gewicht beschwerten Blasebalg gleichmässig an und verlagert das Ansatzrohr durch die vorgehaltene Hand, so wird bei einem gewissen Grade der Verengerung der Exspirationsstrom merklich langsamer und die künstliche Stimme sofort tiefer. Durch Aufzeichnen der Blasebalgbewegung lässt sich die Verlangsamung genau bestimmen.

Achtet der Patient aber auf die Tonhöhe, so verstärkt er die Exspirationskraft, um auf der Tonhöhe zu bleiben.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Dr. H. Gutzmann.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, April. 1902. No. 4.

I. Referate.

a. Medicamente.

1) **Joris** (Corredo). **Ueber die Anwendung des Menthol-Jodols in der rhino-laryngologischen Praxis.** *Klin.-therap. Wochenschrift. 1901. No. 15.*

Zur Verwendung kam feinstkrystallisirtes Jodol mit 1pCt. Mentholzusatz und wurde Folgendes constatirt:

1. dass das Metholjodol sehr angenehm riecht,
2. dass es mehr antiseptisch wirkt als Jodol allein,
3. dass es erfrischend und schmerzstillend wirkt,
4. dass es wegen seines feinkrystallisirten Zustandes ein ideales Mittel für Einblasungen ist und
5. dass es keinerlei Störungen in der Verdauung hervorruft.

CHIARI.

2) **Degré** (Wien-Darkau). **Ueber Recidive und Spätformen der Lues und deren Behandlung mit Jodsoolbädern.** *Wien. med. Wochenschr. 1901. No. 23 u. 24.*

D. empfiehlt die Anwendung obiger Bäder an der Quelle selbst, da bei den extrahirten Quellenproducten schon viele Heilcoefficienten, die in den Quellen vorhanden sind, durch die Extraction zu Grunde gehen.

CHIARI.

3) **Rille. Gelatineinjectionen bei Angioma cavernosum.** (Wissenschaftliche Aerzte-Gesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 14. Juni 1901). *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 47.*

R. hält die Versuche, Gelatine bei genannter Erkrankung anzuwenden, für angezeigt und bedient sich des Mittels nach folgendem Recepte:

Rp. Gelatini albi 3,0
Solve in Aqu. dest. fervid. 300,0
Natr. chlorat. 1,50
Sterilisa per $^1/_4$ horam.

CHIARI.

4) **Glebowski. Zur Frage über die Wirkung des concentrirten Lichtes des Volta'schen Bogens auf Lupus. Methode Finsen. (K woprosu o deietwii na woltscha erku kontsentrirowanawo sweta Voltowoi dugi.)** *Dissert. Petersburg 1901.*

Eine breit angelegte und sorgfältig durchgeführte Arbeit. In kurzen Zügen



werden zunächst die Elemente dieser in Russland schnell eingebürgerten Methode: die Lehre über den Lupus, die Histologie desselben und endlich die Theorie und die Wirkung des Lichtes auf Naturkörper und auf die lebenden Theile auseinandergesetzt. Eigene Untersuchungen wurden klinisch und histologisch in 20 Fällen durchgeführt. Der Arbeit sind 23 photographische Abbildungen und zwei histologische Tafeln beigefügt. Obgleich der Verfasser ein warmer Anhänger der Methode ist und sie zur Zeit für die beste hält, so verschliesst er sich durchaus nicht den Mängeln derselben. Seine Ermittelungen lassen sich in Folgendem zusammenfassen:

Bei der Lichttherapie des Lupus beobachtet man eine Reihe von entzündlichen und degenerativen Vorgängen im lupösen Gewebe, in Folge wovon einige Elemente des Granuloms untergehen, andere in Narbengewebe umgewandelt werden. Die Knötchen verschwinden makroskopisch bereits nach 2—4 Sitzungen.

In den Knötchen giebt es zu einer gewissen Zeit der Entwickelung Blutgefässe.

Um diese Gefässe geht 24 Stunden nach der Sitzung eine Infiltration mit Leukocyten und eine Vacuolisation der Riesenzellen und 24 Stunden später fettige Degeneration und macrobiotische Veränderungen des Granulationsgewebes vor sich; nach 4 Tagen ist der Vorgang in den tieferen Theilen abgelaufen und nun beobachtet man in den Epithelien eine fettige Degeneration der unteren und eine Abschilferung in den oberen Schichten.

In 7—12 Tagen sind fast alle Veränderungen, welche das Licht hervorrufen, verschwunden. Der kosmetische Effect dieser Methode übertrifft alle übrigen.

Die Behandlung ist meist schmerzlos. Das Gewebe geht vermittelst progressiver Processe in Normalzustand über.

Die Reaction wird hauptsächlich durch ultraviolette Strahlen hervorgerufen.

Die Behandlung ist eine sehr langdauernde, verlangt kostspielige Anlagen und ist nicht überall durchführbar. Die Arbeit ist aus der Klinik von Weljaminow hervorgegangen.

P. HELLAT.

5) **Bolloan** (Haag), **Behandlung von Haut-Epitheliom mit X-Strahlen. (Behandeling van huid-epithelioom met X-strahlen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1901. I. No. 12.*

B. referirt 2 mittelst X-Strahlen curirte Fälle von Hautepitheliom von Steubeck vom Pariser Congress und theilt die Geschichte einer Patientin mit, bei der er ein kleines Epitheliom der äusseren Nase auf die Weise behandelt hat. Die Pat. wurde vom 17. September bis zum 31. October 21 mal behandelt und zwar mit vollständigem Erfolg. Leider fehlt die histologische Bestätigung der Diagnose.

H. BURGER.

6) **Francis H. Williams. Eine weitere Bemerkung zur Behandlung des Epidermoidkrebses. (A further note on the treatment of epidermoid cancer.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 4. April 1901.*

Verf. demonstrirt an der Hand von Präparaten, dass wir in den Strahlen der Crookes'schen Röhren, und zwar wahrscheinlich in den X-Strahlen selber, ein therapeutisches Agens besitzen, welches bei der Behandlung von oberfläch-

lichem Krebs in frühen Stadien werthvoll ist und ohne irgend welche kaustische Medication zur Heilung führt. EMIL MAYER.

7) **F. Heryng. Einige Bemerkungen über die Anwendung des Orthoforms. (Kilka uwag nad dziataniem orthoforum.)** *Gazeta lekarska. No. 39. 1901.*

Verf. wendet das Mittel bei ulcerativen, tuberculösen Processen in Kehlkopf und Rachen mit ziemlich günstigem Erfolg in folgenden Formen an: in Pulvern Orthoformi, Jodoformi aa 5,0, Cocaini muriatici 1,0, Magisterii bismuthi 10,0; oder in Form von Emulsion: Ol. amyg. dulc. 12,5, Orthoformii 2,25. Bei der localen Application auf die Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfs wirkt Orthoform reizmildernd, beruhigend ohne unangenehme Nebenerscheinungen oder Vergiftungssymptome hervorzurufen. v. SOKOLOWSKI.

8) **H. Suchannek** (Zürich). **Chloromethylmenthyläther (Wedekind), ein zweckmässiges Inhalationsmittel.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlgn. etc. Marhold, Halle. V. Heft 4. 1901.*

4—6 Tropfen des Aethers werden zu warmem Wasser in ein ballonförmiges Nasenglas gegossen, das zwei ellipsenförmige Röhrchen zum Einführen in die Nasenlöcher hat. Der Aether zerlegt sich in dem warmen Wasser und man fühlt nun beim Einathmen das Menthol deutlich im Rachen; später nimmt man das Formalin wahr.

Diese Inhalationen haben sich bewährt bei Schnupfen, frischem Nasenrachencatarrh und subcutaner Bronchitis, und brachten bei frischen Nebenhöhlenentzündungen Erleichterung der Beschwerden. A. ROSENBERG.

9) **Frank H. Edsall. Das reine active Princip des Nebennierenextractes und seine Anwendbarkeit in der Ophthalmologie und Rhinologie. (The pure active principle of suprarenal extract and its wide range of applicability in ophthalmology and rhinology.)** *Therapeutic Monthly. Mai 1901.*

Mittheilungen allgemeiner Natur. EMIL MAYER.

10) **L. Harmer. Die Wirkung des Nebennierenextractes auf Nase and Larynx. (Action of suprarenal ertract upon the nose and larynx.)** *N. Y. Medical Journal. Juni 1901.*

Verf. verwandte das Suprarenalextrakt in 10 und 20proc. Lösungen in der Chiari'schen Klinik. Er rühmt es als Anaestheticum, besonders, wenn Cocain contraindicirt ist. Er hält nicht viel von dem Mittel als Hämostaticum, schätzt es dagegen sehr hoch bei acuten Catarrhen. LEFFERTS.

11) **Frank O. Jodd. Adrenalin, das active Princip des Nebennierenextract, das stärkste zur Zeit bekannte Haemostaticum. (Adrenalin, the active principle of the suprarenal extract, the most powerful hemostatic known.)** *St. Paul Med. Journal. Mai 1901.*

Eine $^1/_{10}$ proc. Lösung ist stark genug, um Blutungen bei Operationen in der Nase zu verhüten. Sie kräftigt gleichzeitig den Puls und wirkt in dieser Hinsicht dem Einfluss des Cocains entgegen. EMIL MAYER.

12) **Murray Mc. Farlane. Adrenalin, ein neues Haemostaticum. (Adrenalin the new hemostatic.)** *Canadian Journal Medicine and Surgery. Mai 1901.*

Bei der Entfernung von adenoiden Wucherungen wird eine Adrenalinlösung von 1 : 5000 in den Nasenrachenraum gesprayt und hinterher eine 3 proc. Lösung von Eucain B. Narcose ist überflüssig. Verf. giebt zu, dass eine gewisse Gefahr der Nachblutung bei der Anwendung von Hemostaticis bestehe, ist aber der Ansicht, dass sie leicht vermieden werden kann durch Benetzen der Schnittflächen mit Glycerinalkohol und Rosenwasser zu gleichen Theilen.

EMIL MAYER.

13) **Emil Mayer. Adrenalin.** *N. Y. Medical News. 8. Juni 1901.*

Verfasser giebt eine Beschreibung der characteristischen Eigenschaften des Mittels und seiner Wirkungen und demonstrirt eine Tabelle, welche über seine Anwendung in 45 Fällen Aufschluss giebt. In Folge seiner klinischen Erfahrung mit Adrenalin, dem activen Princip der Nebennieren, kommt Verf. zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Verwendung von Adrenalinlösungen in der rhinologischen Praxis hat die gleiche Indication wie die wässrigen Lösungen des seither angewandten Nebennierenextraktes.
2. Das Mittel lässt sich sterilisiren.
3. Es hält sich lange Zeit unverändert.
4. Eine Lösung von 1 : 1000 ist sehr stark und genügt für alle operativen Fälle. In der Concentration von 1 : 5000 bis 1 : 10000 wird es hauptsächlich local angewandt.
5. Adrenalin kann bei beiden Geschlechtern und in jedem Alter ohne Schaden angewandt werden.

M. hält die Isolirung des blutdrucksteigernden Princips der Nebennieren für eine epochemachende Entdeckung und ist der Ansicht, dass damit die Organtherapie einen grossen Schritt nach vorwärts gethan hat.

LEFFERTS.

14) **Norton L. Wilson. Klinisches über Adrenalin. (Clinical notes on Adrenalin.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Nach W. wird Adrenalin am besten in Verbindung mit Cocain oder Holocain angewandt und zwar so, dass das Adrenalin zuerst und unmittelbar darauf das Cocain applicirt wird. W. hat niemals einen Fall von Vergiftung mit Cocain gesehen, wenn er es mit Adrenalin zusammen gegeben hat.

Adrenalin kann durch Kochen sterilisirt werden. Es wird in seiner Wirkung durch die gleichzeitige Anwendung eines anderen Präparates nicht beeinträchtigt und ist im Stande, das Operationsfeld blutleer zu erhalten. In seiner physiologischen Wirkung ist es sicherer, weil man mit der Dosis steigen kann.

EMIL MAYER.

15) **Dudley S. Reynolds. Der therapeutische Werth des Adrenalinchlorids. (The therapeutic value of adrenalin chlorid.)** *American Medicine. 6. Juli 1901.*

Bei allen Schwellungen der Nasenschleimhaut bringt die Application von 2—3 cg Adrenalin in Lösung prompte Erleichterung. Auf diese Weise werden die oberen Hohlräume geöffnet und damit für die nachfolgende Behandlung empfänglich

gemacht. Bei der Anwendung des Mittels können Operationen in der Nasenhöhle so gut wie unblutig ausgeführt werden, ohne dass dabei Nachblutungen zu befürchten sind. 1proc. Lösungen von Adrenalin in Kochsalzflüssigkeit sind in jedem Fall von Nasenbluten wirksam. Bei Nachblutungen nach Operationen in der Nasenhöhle oder an den Tonsillen stillt die Anwendung von in Adrenalinlösung getauchten Wattetupfern auf die blutende Fläche sofort jegliche Blutung. Die Adrenalinlösungen sind den verschiedenen Präparaten von Nebennierenextrakt entschieden überlegen.

EMIL MAYER.

16) **Larthioir. Tod durch Bromäthyl. (Mort sous le Bromure d'Ethyle.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 62. 1901.*

In der chirurgischen Gesellschaft von Brüssel am 18. Mai 1901 berichtet L. über ein Kind, welches er an adenoiden Wucherungen operiren wollte, und das nach den ersten Einathmungen von Bromäthyl an einer Syncope zu Grunde ging. Die Section ergab allgemeine Tuberkulose mit verkästen Bronchialdrüsen, welche den Pneumogastricus comprimirten.

BAYER.

17) **Barth** (Brieg). **Zur acuten Cocaïnintoxication.** *Wien. klin. Rundschau. 1901. No. 15.*

B. räth in allen Fällen der Cocainanwendung zuerst mit schwächerer Concentration zu prüfen, ob nicht etwa eine ausgesprochene Idiosynkrasie gegen dieses Mittel besteht.

CHIARI.

18) **Karplus** (Wien). **Ueber eine Arsenvergiftung nach medicinischen Dosen von Solutio Fowleri.** *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 41.*

Die Intoxication verlief unter dem Bilde einer Polyneuritis und wurde erst spät als Arsenvergiftung erkannt. — Es traten u. A. Oedeme, bräunlich schwarze Hautfarbe, Harndrang, besonders starkes Kratzen im Halse auf nebst den Symptomen einer Polyneuritis. Die eingenommene Tagesdosis (1,25 g) blieb beträchtlich unter der Maximaldosis (2 g pro die).

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **R. Blum** (Znaim). **Erkrankungen der Nasenschleimhaut als Gewerbekrankheit der Drechsler.** *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 6.*

Durch Eindringen von Staub, der reichlich mit chromsauren Salzen versetzt ist — bei der sogenannten Kalibeize — kommt es in den leichtesten Fällen zu diphtheritischen Belägen in dem vorderen Antheile der Nase, in schwereren zu Geschwürsbildung daselbst, namentlich am Septum, was weiterhin zur Perforation in mehr oder minder grossem Umfange führt.

CHIARI.

20) **Cobbledick. Ausfluss aus der Nase bei Kindern. (Nasal discharges in children.)** *N. Y. Medical Record. 1. Juni 1901.*

Man sollte keine Erkrankungen der Nebenhöhlen diagnosticiren, so lange letztere noch nicht entwickelt sind. Die Stirnhöhle entwickelt sich erst im 7. Lebensjahr, die Kiefernhöhle zwar früher, bleibt aber noch bis nach der zweiten

Dentition recht klein. Die Siebbeinzellen haben vor dem 4. Lebensjahr noch keine knöchernen Wandungen und sind bis zu dieser Zeit gleichfalls noch recht klein.

LEFFERTS.

21) **Carolus M. Cobb. Ueber den Einfluss der sogenannten katarrhalischen Erkrankungen auf das Allgemeinbefinden. (The effect which the so-called catarrhal diseases of the nose and throat may have upon the general health.)** *Journal American Medical Association. 27. Juli 1901.*

Verfasser zieht folgende Schlussfolgerungen: 1. Erkrankungen der Nase und des Halses haben eine Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden in Folge von Behinderung der Nasenathmung oder von Ausbreitung bakterieller Krankheitskeime. 2. Die Erkrankungen bakteriellen Ursprungs beeinflussen den Allgemeinzustand a) durch Ausdehnung auf die Oberfläche anderer Schleimhäute, b) durch Ueberwandern der Bakterien auf benachbarte Gewebe oder entferntere Partien des Körpers, c) durch Verschlucken des Sekretes, d) durch Resorption der Toxine. 3. Die Verbreitung der Bakterien geschieht durch die Lymph- oder die Blutbahnen. 4. Septische Infectionen von der Nase oder dem Halse her unterscheiden sich in keiner Weise von Infectionen anderen Ursprungs. Häufig sind Digestionsbeschwerden derartiger Patienten auf Verschlucken des Sekretes zurückzuführen. 5. Chronische Sepsis kann durch Eiteransammlung in der Nasenhöhle oder in den Nebenhöhlen verursacht werden.

EMIL MAYER.

22) **Gustav Spiess** (Frankfurt a/M.). **Ein neuer Gesichtspunkt in der Behandlung des frischen Schnupfens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. XII. 1. p. 84. 1901.*

S. erklärt die bekannte Thatsache, dass beim acuten Schnupfen die Secretion während des Schlafes sistirt, durch die während des Schlafes herabgesetzte Reflexerregbarkeit der Vasomotoren. Er hält deshalb als Mittel gegen frischen Schnupfen die Anaesthetica indicirt, welche die Reflexerregbarkeit künstlich herabsetzen. Obenan steht das Orthoform; dasselbe soll mehrmals am Tage, event. stündlich, von der Mundhöhle aus in die Rachenhöhle und von hinten in die Nase eingeblasen werden, bis die Beschwerden vorüber sind und die Secretion aufhört. Seit 2 Jahren hat S. auf diese Weise auffallende Resultate erzielt.

F. KLEMPERER.

23) **Carolus M. Cobb. Die eitrige Rhinitis bei Kindern als Infectionsquelle für Lymphdrüsenschwellungen. (The purulent rhinitis of children as a source of infection in cervical adenitis.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 10. Januar 1901.*

Demonstration eines 5jährigen Mädchens mit cervicalen Lymphdrüsenschwellungen. Verfasser zieht daraus folgende Schlüsse: Die Lymphwege der Nase stehen in directer Verbindung mit den cervicalen Lymphdrüsen und wenn sich Infection in der Nase etablirt und einmal Ausfluss vorhanden ist, muss eine Entzündung der Lymphdrüsen die Folge davon sein und fortbestehen, so lange die eiterige Rhinitis andauert. Die Nothwendigkeit einer Behandlung derselben braucht deshalb nicht besonders hervorgehoben zu werden. Eine Heilung der Lymph-

drüsenschwellung ist nicht zu erwarten, so lange die Infectionsquelle noch weiter besteht. Es ist wohl richtig, dass inficirte Drüsen entfernt werden können, aber das hindert nicht, dass die bereits weiter geschrittene Infection der übrigen Lymphbahnen sich weiter entwickelt und Recidive macht. Der springende Punkt der Behandlung muss die Aufsuchung und Heilung der Infectionsquelle sein, wodurch die Behandlung der Lymphdrüsenschwellung wesentlich erleichtert und ihr Verlauf abgekürzt wird.

EMIL MAYER.

24) **E. J. Ingals. Acute Rhinitis. (Acute Rhinitis.)** *N. Y. Medical News. 26. Januar 1901.*

Receptformeln zur Behandlung des Schnupfens.

LEFFERTS.

25) **Notiz des Herausgebers. Euchinin bei acutem Nasenkatarrh. (Euguinin in acute nasal catarrh.)** *Journal American Medical Association. 9. Februar 1901.*

Verfasser empfiehlt Euchinin gegen acute Rhinitis in folgender Combination:

als Pillen: Rp. Euchinini 2,0
Liq. Natr. arsen. 0,66
Sol. Atropin. (9proc.) 0,25
Extr. Gentianae 1,33
Pulv. acaciae q. s.
ut f. pil. No. XII.
S. 3stdl. 1 Pille.

als Tabletten: Rp. Euchinini 0,66
Atropini sulf. 0,002
Morph. sulf. 0,03
Camphor. 0,66
Mf. tabell. No. XX.

S. halbstündlich 1 Tablette bis zum Gefühl der Trockenheit im Halse, dann 2—3stdl. 1 Tablette.

Euchinin ist nur wenig bitter und kann in $1^1/_2$mal grösseren Dosen gegeben werden in Pulvern, in Kapseln, Suppen, Milch oder Cacao.

EMIL MAYER.

26) **H. B. Wood. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Medical Record. 23. Februar 1901.*

Bei Schnupfen durch Erkältung ist die Localbehandlung wichtig. Zunächst soll die Nasenschleimhaut mit einer 2proc. Cocainlösung besprayt werden, dann die Nase mit Dobell'scher Lösung bei zurückgebogenem Kopfe gründlich ausgespritzt werden.

LEFFERTS.

27) **Ferrier. Acuter Nasenkatarrh. (Acute nasal catarrh.)** *Miss. Med. Record. Juni 1901.*

Verfasser empfiehlt:

Rp. Morphin. sulf. 0,2
Pulv. acaciae 8,0
Bism. subnitr. 16,0
M.D.S. 4—5mal tägl. 1 Prise.

EMIL MAYER.

28) Notiz des Herausgebers. **Salbe gegen Borken und Fissuren der Nasenlöcher. (Ointment for crusta and fissures of the nostrils.)** *N. Y. Medical Oournal. 19. Mai 1900.*

Rp. Ungt. praecipit. alb.
Vaselin. boric. ana 10,0
Zinc. oxydat. 5,0
Plumb. acet. 0,0015
Mf. äusserlich.

LEFFERTS.

29) Notiz des Herausgebers. **Borken und Fissuren der Nasenlöcher. (Crusts and fissures of the nostrils.)** *Merck's Archives. März 1901.*

Rp. Ungt. ammon. hydrarg.
Vasel. boracis ana 10,0
Zinc. oxyd. 2,0
Plumb. acet. 0,005
M.D.S. äusserlich.

EMIL MAYER.

30) Maurice Mignon (Nizza). **Die cerebrospinale Rhinorrhoe. (La rhinorrhée cérébro-spinale.)** *Presse médicale. 25. April 1900.*

Diese Affection besteht in Ausfluss von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase. Nach Saint Clair Thompson nimmt die Flüssigkeit durch die Maschen des Nervus olfactorius und die Siebbeinplatte ihren Weg.

PAUL RAUGÉ.

31) F. C. Larkin. **Ein Fall von Fractur der vorderen Schädelgruben mit Rhinorrhoea cerebro-spinalis. (A case of fracture of the anterior fossa of the skull with cerebro-spinal rhinorrhoae.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1900.*

Pat. litt im Anschluss an einen schweren Unfall auf dem Zweirad an copiösem und andauerndem wässerigen Ausfluss aus der Nase während etwa 6 Wochen 8 Monate nach dem Unfall traten plötzlich Convulsionen mit zeitweiligem Coma auf. Nach 10 Tagen starb der Patient. Die Obduction ergab eine ausgedehnte Meningitis. Zwischen Gehirn und Schädelknochen an dem vorderen Ende der linken oberen Stirnwindung, da wo sie zur Schädelbasis umbiegt, fand sich eine Abscesshöhle, die einerseits mit der Nase und andererseits mit dem Inneren des Stirnlappens communicirte. Der Schädel war ausgedehnt fracturirt in der Fronto-ethmoidalgegend und an den beiderseitigen Orbitalplatten des Stirnbeines. Es bestand zwar keine directe Communication mit der Nasenhöhle, aber eine indirecte durch die Siebzellen und zwar mit den beiderseitigen Nasen- und Kiefernhöhlen. Der sehr ausführlich mitgetheilte Fall ist für jeden, der sich für Schädelverletzungen interessirt, lesenswerth.

A. LOGAN TURNER.

32) J. H. Philip und Ph. King Brown. **Ein Fall von cerebrospinaler Rhinorrhoe und zwei Fälle von nasaler Hydrorrhoe. (One case of cerebro-spinal rhinorrhoe und two cases of nasal hydrorrhoe.)** *Medicine. December 1900.*

In dem Fall von cerebrospinaler Rhinorrhoe handelte es sich um eine 25jährige im Uebrigen gesunde Frau. Der Ausfluss war reichlich, kam immer nur

aus einem Nasenloch und nie aus beiden gleichzeitig und nahm schon bei gelinder Erregung an Menge zu. Die Diagnose wurde durch die chemische Untersuchung der Flüssigkeit bestätigt. Der Ausfluss hörte plötzlich auf und kam während 3 Monaten nicht wieder zum Vorschein. Cerebrale Symptome traten nicht auf. Die Behandlung bestand in Entfernung der vorderen Hälfte der linken unteren Muschel und in innerlichen Atropingaben. Verf. ist der Ansicht, dass hier eine accidentelle Oeffnung vorhanden war, durch welche die Flüssigkeit auftrat, vielleicht ein angeborener Defect in dem Knochen. Neuere Untersuchungen haben eine Anastomose zwischen den Lymphwegen der Nase und den Subarachnoidalräumen erwiesen.

In den anderen beiden Fällen handelte es sich um einen 25jährigen Mann und eine gleichalte Frau. Bei ersterem hörte der Ausfluss auf bei Erkältung, bei letzterer nahm er unter diesen Umständen zu. Die Behandlung war erfolglos. Es war ein bemerkenswerther Zufall, dass alle Patienten im Alter von 25 Jahren standen.

EMIL MAYER.

33) A. B. Dalgetty. **Ein Fall von Rhinorrhoe. (Case of Rhinorrhoea.)** *N. Y. Medical Record. 16. Februar 1901.*

Es handelt sich um eine Frau, die an constantem Ausfluss aus dem rechten Nasenloch litt. Interessant dabei war, dass dieses Secret eine Menge gewimperter, lebhaft beweglicher Organismen enthielt. Nach der Ansicht des Verf.'s gehören dieselben zur Gruppe der Holotrichen (Paramaectum); inwiefern sich dieser Organismus in der Nase halten konnte, ist nicht zu erklären. Die rhinoskopische Untersuchung gab keinen Aufschluss über die Herkunft des Ausflusses.

LEFFERTS.

34) A. F. Eckert. **Bericht über einen Fall von Hydrorrhoea nasalis. (Hydrorrhoea nasalis. Report of a case.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1901.*

Verf. hatte einen Fall dieser seltenen und verhältnissmässig dunklen Erkrankung ein Jahr lang in seiner Beobachtung. Die Pat. war eine unverheirathete 39jährige Frau. Im October 1899 stellten sich zeitweiliges Fieber und gleichzeitig eigenthümlicher Kitzel in der Nase mit wässerigem Ausfluss aus beiden Nasenlöchern bei ihr ein. Zur selben Zeit traten Brustschmerzen und hartnäckiger Husten auf. Während einer Reihe von Jahren litt nun die Pat. an chronischem Catarrh der Nasenschleimhaut und wurde mit gutem Erfolge behandelt. Bei der Untersuchung fand sich eine Dämpfung über der linken Spitze und Rasselgeräusche über der linken Lunge. Gleichzeitig traten ziemlich plötzlich morgendliche Temperatursteigerungen mit Frostgefühl und Mattigkeit und zeitweilig nachfolgenden Schweissen auf. Vor diesen Anfällen nahm der Ausfluss aus der Nase zu, während derselben dagegen ab. Niesreiz bestand nicht. Malariaparasiten fanden sich nicht im Blute vor. Die Menge des Ausflusses betrug ungefähr 120g in 24 Stunden und zwar entleerte sich derselbe gewöhnlich nur aus dem einen Nasenloch. Wenn der Kopf nach unten gehalten wurde, floss das Secret continuirlich und zwar bis zum Wiederaufrichten. Wahrscheinlich war das Fieber auf Bronchiectasen zurückzuführen, welche sich wohl wegen ihrer Klein-

heit oder ihres tiefen Sitzes dem Nachweis entzogen. Der Thränenapparat war normal und an der Schleimhaut der Nase nichts Ungewöhnliches festzustellen. Aufenthalt im südlichen Klima (Krim) brachte beträchtliche Besserung des Fiebers, des Hustens und des Nasenausflusses, aber die Rückkehr in nordisches Klima wiederum Verschlimmerung der Symptome. Pat. hatte in dieser Zeit an Gewicht zugenommen; alle Arten von Lokalbehandlungen erfolglos. LEFFERTS.

35) **W. Freudenthal. Spontaner Ausfluss von Cerebrospinal-Flüssigkeit aus der Nase. (Spontaneous discharge of cerebro-spinal fluid from the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 31. März 1901.*

Verf. veröffentlicht hier einen Fall mit allen klinischen Details. Es handelt sich um eine 50jährige Frau, bei der seit länger als 2 Jahren ein andauernder spontaner Ausfluss wässeriger Flüssigkeit durch die Nase bestand. Vor dem Eintritt desselben waren sehr schwere Hirnsymptome vorhanden, die sofort nach dem Beginn des Ausflusses wieder verschwanden. 2mal trat eine Unterbrechung des letzteren ein und allemal gleichzeitig Symptome von Hirndruck, die immer wieder aufhörten, wenn der Ausfluss wieder begann. Derartige Fälle sind, soweit man bis jetzt weiss, sehr selten und daher jede einzelne Beobachtung sehr lehrreich. Hier zu Lande existirt nur ein einziger ähnlicher Fall, den Scheppegrell (New-York) publicirt hat. Obwohl dieser Autor nirgends erwähnt, dass die Flüssigkeit eine Substanz enthielt, die Zuckerreaction gab, so sind doch alle anderen Symptome so ausgesprochen, dass über die Herkunft der Flüssigkeit kein Zweifel sein kann.

Ein oder zwei Fälle, die von amerikanischen Autoren als Hydrorrhoea nasalis beschrieben worden sind, gehören wohl auch zu dieser Categorie.

F. nimmt an, dass in seinem Fall durch irgend eine Ursache ein Druck auf das Gehirn ausgeübt wurde und zwar wahrscheinlich durch eine Geschwulst. Sowie nun der intracranielle Druck anfing zu steigen, verschlimmerten sich auch die Symptome und wären wohl noch viel schwerer geworden, wenn die Natur hier nicht einen Ausweg für die Cerebrospinalflüssigkeit geschaffen hätte; auf diese Weise wurde der intracranielle Druck herabgesetzt und der Zustand der Patientin wesentlich erleichtert. Was den Sitz der vermutheten Geschwulst anbelangt, so handelte es sich nach der Meinung des Verf.'s wahrscheinlich um die Gegend der Hypophysis (Chiasma nervorum opticorum). Bei der Annahme eines Tumors im Gehirn muss natürlich gefolgert werden, dass der Ausfluss aus reiner Cerebrospinalflüssigkeit bestand. Als wesentlichen diagnostischen Factor betont Verf. die Constanz des Ausflusses bei Tag und Nacht. In allen Fällen von Hydrorrhoea nasalis steht der Ausfluss des Nachts, in allen zweifelhaften Fällen von cerebrospinalem Ausfluss dagegen war er andauernd. Darin beruht ein sehr wesentliches Unterscheidungsmerkmal dieser beiden Erkrankungen.

Endlich folgt die chemische Analyse. Wenn man auch zugeben muss, dass bis heute noch keine genaue Unterscheidung zwischen cerebrospinaler Flüssigkeit und dem Secret bei Hydrorrhoea nasalis möglich ist, so können wir doch in manchen Fällen mit Sicherheit sagen, ob Cerebrospinalflüssigkeit vorliegt oder nicht. Von grosser Bedeutung ist die Anwesenheit einer reducirenden Substanz

und in vorliegendem Fall ergab die chemische Analyse der Flüssigkeit 0,5 pCt. Zucker. v. Jacksch glaubt in der Gegenwart von Zucker und dem Mangel von Eiweiss einen hinreichenden Beweis für den cerebrospinalen Ursprung derartiger Flüssigkeiten zu sehen. Der erste Punkt ist zutreffend, der zweite nicht immer. Cerebrospinalflüssigkeit enthält Eiweissstoffe und nach Hoppe-Seyler beträgt die Menge ungefähr 1 pCt. Im vorliegenden Fall fand sich Eiweiss. Was den Phosphorgehalt betrifft, so erwartete Verf. denselben vermehrt zu finden, aber die chemische Analyse ergab ein anderes Resultat.

LEFFERTS

36) **M. Moliniè** (Marseille). **Ueber Hydrorrhoea nasalis. (Rapport sur l'hydrorrhée nasale.)** *Revue hebd. de laryng. No. 20. 18. Mai 1901.*

Die Hydrorrhoea nasalis stellt ein Symptom entopischen Ursprungs dar (Rhinitis spastica, Rhinitis hydrorrhoica, Reflexrhinitis) oder ectopischen Ursprungs (Cranio-hydrorrhoea, Sinus-hydrorrhoea). Es handelt sich in jedem Fall darum, die Ursache der Erkrankung zu finden, um wirksame therapeutische Maassnahmen zu treffen.

MOURE.

37) **M. Brindel** (Bordeaux). **Ueber die Pathogenie der Hydrorrhoea nasalis bei der spastischen Coryza mit histologischer Untersuchung hydrorrhoischer Schleimhaut. (De la pathogénie de l'hydrorrhée nasale dans le coryza spasmedique avec examen histologique des muqueuses hydrorrhéiques.)** *Revue hebd. de laryng. No. 21. 25. Mai 1901.*

Die Hydrorrhoe beim spastischen Schnupfen ist keine Function der Drüsensecretion, sondern Transsudation des Blutserums durch die Maschen des Bindegewebsnetzes, d. h. Oedem mit unmittelbarer Abscheidung des Extravasates.

MOURE.

38) **M. Angièras de Laval. Hydrorrhoea nasalis parotitischen Ursprungs nach Empyemoperation der Kieferhöhle. (Hydrorrhée nasale d'origine parotidienne, consécutive à une opération d'empyème du sinus maxillaire.)** *Revue hebd. de laryng. No. 26. 29. Juni 1901.*

Es handelte sich eigentlich um eine Fistel des Stenon'schen Canals nach der Kieferhöhle hin, die bei der Radicaloperation entstanden war.

MOURE.

39) **Roughton. Chronischer eitriger Ausfluss aus der Nase. (Chronic purulent nasal discharges.)** *Trans. Harveian Soc. of London. 1900. British Med. Journal. 21. April 1900.*

Verf. betont die Rolle der eiterigen Erkrankungen der Nebenhöhlen.

WAGGETT.

40) **J. B. Keyes. Behandlung chronischer Katarrhe. (Treatment of chronic catarrh.)** *The Tubercle. October 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

41) **Chasserie Laprée. Eitrige Rhinitis im Verlauf von Scharlach. (Purulent rhinitis in the course of scarlatina.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Januar 1901.*

Besprechung verschiedener Formen von eiteriger Rhinitis, die sich im Ver-

laufe des Scharlachs entwickeln können und Empfehlung gründlicher Irrigation der Nase zur Prophylaxe bei allen Scharlacherkrankungen. LEFFERTS.

42) **Cobbledick. Chronische Naseneiterung. (Chronic nasal suppuration.)** *N. Y. Medical Record. 1. Juni 1901.*

Chronische Naseneiterungen haben ihre Ursachen 1. in Eiterprocessen einer oder mehrerer Nebenhöhlen, 2. in Knochennekrosen, zumeist syphilitischen Ursprungs, 3. in Fremdkörpern oder adenoiden Wucherungen. LEFFERTS.

43) **Ch. Franklin. Chronische hypertrophische Rhinitis. (Chronic hypertrophic rhinitis.)** *Alabama Med. Journal. December 1900.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

44) **Ch. N. Robertson. Beobachtungen über die Behandlung der hypertrophischen Rhinitis. (Some observations on the treatment of hypertrophic rhinitis.)** *Medical Age. 25. August 1901.*

Verf. befürwortet die Application medicamentöser Flüssigkeiten mittelst Watteträger und Gazetampons und macht darauf aufmerksam, dass schon kleine Dosen von Cocain bei gleichzeitiger Anwendung von Nebennierenextrakt ausreichen. EMIL MAYER.

45) **F. Peltesohn** (Berlin). **Zur Therapie der Rhinitis fibrinosa.** *Therap. Monatsh. 1900.*

Locale Anwendung von Hydrargyr. cyanat. 0,02 : 50 mittelst Wattebäuschchen, die 1 Stunde lang abwechselnd in der rechten und linken Nase liegen bleiben. Am Tage wechselt man sie stündlich. P. erzielte so schnelle Heilung.

A. ROSENBERG.

46) **Schall. Behandlung der Ozaena mit Elektrolyse. (Electrolyse cuprique de l'ozène essentiel.)** *Arch. d'Electr. méd. 15. December 1899.*

Verfasser ersetzt die Nadeln, welche man gewöhnlich in die Schleimhaut der Muscheln einführt, durch Tampons mit hydrophiler Watte. Diese Tampons werden auf Kupferelectroden befestigt und durch Eintauchen in eine heisse Höllenstein- und Weinsäurelösung metallisch gemacht. Der Silberniederschlag wird auf galvanoplastischem Wege mit Kupfer überzogen. Dieser metallisch gemachte Wattetampon wird auf dem positiven Pol befestigt und in das erkrankte Nasenloch eingeführt. Ein gewöhnlicher Wattetampon wird dem negativen Pol in das andere Nasenloch eingeführt. Stromstärke 15—20 Milliampères. Die Electrolyse entwickelt Kupferchlorür, was auf die Schleimhäute einwirkt. Dieser metallische Tampon zeichnet sich durch eine grosse Geschmeidigkeit aus. PAUL RAUGÉ.

47) **Cynola. Ammoniak und seine Salze in der Exspirationsluft der Ozaenakranken. (L'ammoniaca ed i suvi composti nell'alieo degli ozenatosi.)** *Annali di laringologia e d'otologia. 1901. Januar.*

Verfasser hatte durch den Geruch wahrnehmen zu können geglaubt, dass unter den flüchtigen Substanzen, die in ihrer Zusammensetzung den charakteristischen Factor der Ozaenakranken bilden, das Ammoniak eine hervorragende

Rolle spielen müsse, umsomehr, als er denselben Ammoniakgeruch auch an Reinculturen des Ozaenabacillus constatiren zu können glaubte. Um den Zusammenhang zwischen Ammoniakgehalt und Factor experimentell nachweisen zu können, hat Verf. mittels einer besonderen Methode den ersteren in der von den Patienten exhalirten Luft quantitativ bestimmt. Das Ergebniss dieser Versuche war ein völlig negatives: es zeigte sich, dass der Ammoniakgehalt ein äusserst geringer ist und sich nicht von den bei Gesunden gefundenem unterscheidet. FINDER.

48) **Michmond Mac Kinney. Weitere Bemerkungen über die Rolle der eiterigen Rhinitis bei der Entstehung der atrophischen Rhinitis bei Kindern. (A further note on the role of purulent rhinitis of childhood in the production of atrophic Rhinitis.)** *Memphis Medical Monthly. Januar 1901.*

Zu den zwei bereits früher beschriebenen Fällen des Verfassers wird hiermit ein dritter hinzugefügt; in diesem war er im Stande, den Uebergang in den atrophischen Zustand genau zu beobachten. Vererbung ist dabei ein wichtiger ätiologischer Factor. EMIL MAYER.

49) **G. M. Lefferts. Foetide Rhinitis. (Fetid R initis.)** *Journal American Medical Association. 9. Februar 1901.*

Verf. empfiehlt tägliche Anwendung vorderer und hinterer Nasenspülungen, Entfernung harter Borken mit der Zange und gründliche Waschungen mit einer der folgenden Lösungen bis zum Stillstand der Secretion:

Rp. Natr. borac. 4,0
Glyc. acidi carbol. 6,0
Aquae dest. 500,0
MDS. Zum Zerstäuben.
oder:
Rp. Acidi salicyl. 66,0
Natr. bicarb. 4,0
Aq. dest. 500,0
oder:
Rp. Natrii borac. 4,0
Sol. Kalii permangan. (1proc.) 6,0
Aq. dest. 500,0

Nach der Reinigung der Schleimhaut folgt eine Besprayung derselben mit Albolene liquid. EMIL MAYER.

50) **Pasmanik** (Genf und Russland). **Beitrag zum Studium der Entstehung der Stinknase. (Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ogène.)** *Revue méd. suisse romande. H. 4. 1901.*

Verfasser bespricht eingehend alle Theorien und schliesst, es gäbe 2 Ursachen der Ozaena: 1. Unvollständige Entwicklung der Nasenknochen, besonders der Muscheln, auf congenitaler Basis nach Zaufal, Hogmann, Kayser u. A. 2. Die bakteriologische nach Löwenberg, Abel, Strübing. Die anatomische Ursache hält er für die Grundursache bei allen stark ausgesprochenen Fällen; die bakteriologische als Mitursache und zwar als Ursache des Gestanks, welcher

aber auch allein schwächere Ozaena hervorrufen könne. Unter 20 Fällen aus seiner Praxis gehören 5 unter die letztere, welche nicht Atrophie nach Chamaeprosopie aufwiesen. Die Gesichtsindices giebt Verfasser nicht an, welche bei modern ätiologischen Arbeiten über Ozaena nicht fehlen sollten. Ganz richtig betont er, dass die anatomische Prädisposition die Vernachlässigung der Therapie nicht zur Folge haben sollte, dass vielmehr eine recht frühzeitige Erkenntniss der Krankheit mit frühzeitiger consequenter Behandlung zu relativ günstigen Ergebnissen führen dürfte. Die Therapie bespricht er nicht; sie scheint jedoch wesentlich nur in Ausspritzungen zu bestehen.

JONQUIÈRE.

51) **Carolus M. Cobb. Behandlung der atrophischen Rhinitis mit Elektrolyse und Untersuchungen über die Wirkung von Nadeln aus verschiedenem Metall. (Treatment of atrophic rhinitis by electrolysis and some experiments to determine the efficiency of needles of different metals.)** *Journal American Medical Association. 16. März 1901.*

Die Electrolyse hat bei atrophischer Rhinitis eine Heilwirkung, insofern sie bei typischen Fällen die Neigung zur Krustenbildung und zu üblem Geruch beseitigt. Die Nadeln sollen ziemlich nah aneinander gebracht werden und es macht keinen Unterschied, aus welchem Metall sie bestehen. Die Besserung in der Erkrankung der Nasenschleimhaut ist am auffälligsten an dem positiven Pol. Sie beruht wahrscheinlich auf dem Freiwerden von Sauerstoff und Chlor und deren chemischen Einfluss auf die Gewebe, resp. der dadurch verursachten sauren Reaction.

EMIL MAYER.

52) **Ch. P. Grayson. Der Ausfluss bei Nasenkatarrh. (The management of nasal catarrh.)** *Therapeutic Gazette. 15. Februar 1901.*

Mittheilungen über Katarrh, chronische Hypertrophie und atrophischen Katarrh der Nase. Ausser den wohlbekannten localen Applicationen wird auf die Nothwendigkeit der Hebung des Allgemeinzustandes der Kranken Gewicht gelegt; nicht nur die Hygiene der Person selber, sondern auch diejenige der ganzen Umgebung muss berücksicht werden.

EMIL MAYER.

53) **J. Harris. Einige Bemerkungen über postnasalen Ausfluss. (Some remarks on post-nasal discharge.)** *Port-Graduate. Juli 1901.*

Zusammenstellung bekannter Thatsachen.

EMIL MAYER.

54) **M. G. Price. Postnasaler Katarrh. (Post-nasal catarrh.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1901.*

Rp. Mentholi
Camphor ana 1,0
Albolene lig. 180,0
MDS. Zum Spray.

LEFFERTS.



c. Mundrachenhöhle.

55) **O. Grosser** (Wien). **Die gegenseitigen Beziehungen zwischen Pharynx und Larynx bei den Säugern.** *Verhandlungen der morphologisch-physiolog. Gesellschaft zu Wien. Sitzung vom 4. December 1900. Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 1.*

G. berichtet eingehend über seine diesbezüglichen Befunde an Chiropteren und behandelt die beiden einheimischen Chiropterenfamilien, die Vespertilioniden und die Rhinolophiden, welche untereinander grosse Verschiedenheiten aufweisen.

CHIARI.

56) **Gilbert D. Murray. Einige Bemerkungen über die gewöhnlichen Erkrankungen des Halses, sowie des Nasenrachenraumes und Mundrachenraums. (Some observations upon the common diseases of the throat and of the naso- and oro-pharynx.)** *Laryngoscope. October 1900.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

57) **Parmentier. Pathologische Bakteriologie des Rachenraums. (Bacteriologie pathologique du pharynx.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 19. 1901.*

Revue der ganzen Serie pathologischer Bakterien und Mikroben, welche sich im Pharynx etabliren mit der Conclusion, dass bei der Mehrzahl der Pharynxaffectionen die Basis der Behandlung auf der Antisepsis beruhen müsse, welche, obgleich sie specifische oder auch nicht specifische Infectionen vollständig bemeistern könne, doch immer im Stande sei, secundäre Infectionen, worin ihre Gravität zu suchen sei, wirksam zu bekämpfen. BAYER.

58) **Notiz des Herausgebers. Traumatische Einflüsse auf die Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfes, (Traumatism of the pharyngeal and laryngeal mucous membranes.)** *Philadelphia Medical Journal. 13. April 1901.*

Verfasser citirt die Untersuchungen Crile's (Cleveland-Ohio) und betont, dass derselbe die völlige Anästhesirung durch die Infiltrationsmethode in die Technik der Kehlkopfoperationen eingeführt hat. Die Resultate der Untersuchungen im Rachen scheinen dafür zu sprechen. dass man das energische Auswischen des Rachens bei der Aethernarkose nicht vornehmen soll. Das Verfahren ist immerhin in gewissen Fällen zweifellos berechtigt, z. B. wenn die Anhäufung von Schleim die Athmung erschwert, aber Verf. ist der Ansicht, dass es doch verhältnissmässig viel zu häufig in Anwendung kommt. Wenn es richtig ist, was Crile behauptet, dass kräftiger Zug an der Zunge die Athmung reflectorisch unterbricht, so muss bei der Wiederbelebungsmethode nach Laborde durch rhythmische Tractionen der Zunge grosse Vorsicht angewandt werden. EMIL MAYER.

59) **E. B. Gleason. Acute Pharyngitis. (Acute pharyngitis.)** *International Med. Magazine. März 1901.*

Es wird die Anwendung von Argonin und Protargol (2—8 pCt.) sowie von Nebennierenextract empfohlen. EMIL MAYER.

60) D. B. Kyle. **Behandlung follikulärer Pharyngitis. (Treatment of follicular pharyngitis.)** *Journal American Medical Association. 9. Februar 1901.*

In den Frühstadien

Phosphori 0,01
Jodini 0,12
Bromini 0,12
Vini Xeres 64,0
MDS. 3 mal täglich 1 Theelöffel.

Zur localen Application empfiehlt Verf. Touchiren der Follikel mit 20proc. Chromsäurelösung, darnach abtupfen mit trockener Watte.

Zur Localbehandlung der ganzen Schleimhaut:

Olei pini sylvestr.
Olei Eucalypti ana 0,3
Menthol 0,25
Tinct. benzoin. 32,0

EMIL MAYER.

61) Brown Kelly. **Sklerotische Hyperplasie des Rachens und Nasenrachenraumes. (Sclerotic hyperplasia of the pharynx and naso-pharynx.)** *Lancet. 6. April. 1901. N. Y. Medical Record. 20. April 1901.*

Ein kräftiger 34jähriger Mann hat seit 8 Jahren anfallsweise Halsschmerzen und seit den letzten 3 Jahren plötzlich Erstickungsanfälle. Die Uvula ist sehr gross und breit und verdeckt die hintere Rachenwand. Sie ist etwa $1^1/_4$ Zoll lang und 1 Zoll breit, von blasser Farbe und fibrös entartet. Auf jeder Seite des Rachens fand sich ein breiter, grauer, fibröser Streifen. Eine schmale Brücke normalen Gewebes trennte diese beiden Streifen. Ein ähnlicher Befund fand sich am Gaumen; nach einem Jahre trat wiederum eine Halsentzündung mit nachfolgendem Larynxödem und dauernder Verdickung des linken Stimmbandes auf; mikroskopisch fand sich eine Verdickung des interstitiellen Gewebes. Anamnestisch war Syphilis nicht vorausgegangen. Illustrationen.

ADOLF BRONNER.

62) D. Braden Kyle. **Die Pathologie der Pharyngomycosis. (The pathology of pharyngomycosis.)** *Aaryngoscope. April 1901.*

Verfasser entnimmt aus seinen zahlreichen bakteriologischen Untersuchungen, etwa 500 an der Zahl, in welchen pathogene und nichtpathogene Bakterien auf der gesunden und kranken Schleimhaut gefunden wurden, dass die Bakterien nur eine secundäre Rolle spielen und ihre ätiologischen Beziehungen zur Erkrankung durch die chemische Reaction der Gewebe und Secrete bestimmt wird. In einigen Fällen von Keratose wurde auch Leptothrix gefunden. In anderen Fällen von genau gleicher Erkrankung fehlte derselbe. Wenn die Erkrankung von einer bestimmten Bakterienform herrührt, so producirt dieselbe doch sicherlich keine Toxine, wie aus der Abwesenheit allgemeiner Krankheitserscheinungen hervorgeht. Hefe- und Schimmelpilze produciren keine Toxine. Wenn also die Erkrankung auf Leptothrix beruht, so würde die Abwesenheit von Allgemeinerscheinungen erklärbar sein. Durch die Veränderungen in den Geweben selbst lässt sich eine Intoxication mit Ptomainen oder Leukomainen nicht erklären. Die reactive Secretion

der Munddrüsen scheint auf die Erkrankung keinen Einfluss zu haben; das widerspricht den bakteriologischen Anschauungen, da pathogene Bakterien mit wenigen Ausnahmen einen alkalischen Nährboden verlangen und Secretion von Säure ihr Wachsthum behindert oder sie zum Absterben bringt. Was die Behandlung angeht, so hat bekanntlich die locale Anwendung verschiedener keimtödtender und anderer Medicamente wenig Erfolg. Das erklärt sich wohl daraus, dass durch den Process der Keratose und der subepithelialen Veränderungen die Lymphwege verlegt werden und die Lösungen nicht in das Gewebe eindringen können.

EMIL MAYER.

63) **Löwy. Ueber einen Fall von Tuberculose des Rachens.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 5. 1901.*

Chronisch verlaufender Fall mit zahlreichen Ulcerationen im Rachen und Mitbetheiligung des Kehlkopfes sowie mit vollständiger Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand, dessen Details hier nicht mitgetheilt werden können.

SCHECH.

64) **Sendziak. Ueber luetischen Primäraffect in der Mund-Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 11. 1900.*

Sehr fleissige statistische Arbeit, bei welcher Sendziak die Literatur bis zum Jahre 1900 (exclusive) benutzte. Am häufigsten ist der luetische Primäraffect in der Mundhöhle (2741 Fälle) und zwar häufiger bei Frauen; der Localität nach wurden befallen am häufigsten die Lippen (2189 mal), Zunge, Zahnfleisch, Mundwinkel; als häufigste Infectionsursache werden Küsse angegeben, inficirte Gegenstände. Primäraffecte des Rachens fand S. 790 mal angegeben, und zwar 599 mal auf den Gaumenmandeln. Primäraffecte der Nase 118 mal; des Nasenrachenraumes 88 mal, des Kehlkopfes nur 2 mal. Den Schluss der Arbeit bilden Bemerkungen über die Diagnose und die Therapie der Primäraffecte.

SCHECH.

65) **J. M. Elder. Ein Fall von Pharynxcarcinom mit Betheiligung der Cervicaldrüsen bei einem 14jährigen Knaben. (A case of carcinoma of the pharynx with marked involvement of the cervical glands in a boy fourteen years of age.)** *Montral Medical Journal. December 1900. N. Y. Medical Record. 23. Februar 1901.*

Es handelt sich um einen Fall mit hoffnungsloser Prognose. Die Mutter des Patienten litt an Krebs, als das Kind 4 Jahr alt war und starb 2 Jahre darauf. Das Carcinom bei dem Knaben ging wahrscheinlich vom Nasopharynx aus; Pat. begab sich erst in Behandlung, als schon eine ausgesprochene Drüsenschwellung bestand.

EMIL MAYER.

66) **J. F. Binnie. Operative Behandlung grosser pharyngealer Geschwülste. (Operative treatment of large pharyngeal tumors.)** *American Journal of Surgery and Gynecology. März 1901.*

Dieselben können vom Munde, vom Halse her, oder direct nach temporaler osteoplastischer Reaction des Oberkiefers entfernt werden.

EMIL MAYER.



67) **G. Landa. Pharyngeale Haemorrhagie und Haemoptyse. (Pharyngeal hemorrhage and hemoptysis.)** *N. Y. Medical News. 23. Februar 1901.*

In manchen Fällen war die Blutung von der Rachenwand her so stark, dass man an eine Lungenblutung denken musste.

LEFFERTS.

68) **E. Schmidt** (Britz). **Ein Fall von Verbrühung des Schlundes und Kehlkopfes mit tödtlichem Ausgang.** *Deutsche med. Wochenschr. 1901. No. 5.*

Dreijähriges Kind trinkt aus der Schnauze eines mit kochendem Wasser gefüllten Theekessels. Anfangs wenig Erscheinungen. Am nächsten Tage Hautemphysem an Rumpf, Hals, Wangen. Dyspnoe. Tracheotomia inferior. Am 3. Tage Tod durch Herzschwäche in Folge linksseitiger Unterlappenpneumonie. Section: Pneumonie. Epiglottis in toto verdickt und starr. Nekrose der Schleimhaut des Larynxeingangs bis zu den Taschenbändern hinab und in gleicher Höhe ringförmig in der Pars laryngea pharyngis. — Derartige Verbrühungen sind in Deutschland sehr selten, relativ häufig in England, wo viel mehr Thee getrunken wird. — Den Schluss machen kritische Bemerkungen über die Behandlung solcher Unglücksfälle.

ZARNIKO.

69) **Walker Downie** (Glasgow). **Vier Fälle von localen Verletzungen nach Verschlucken von Ammoniak. (Four cases illustrating the local lesions resulting from swallowing liquid ammonia.)** *Glasgow Medical Journal. Bd. LV. 1. Januar 1901.*

Hochgradige Congestion der Schleimhaut des Gaumens und Rachens, Ablösung des Epithels mit vereinzelten Blutungen. 24 Stunden nach den Entzündungserscheinungen fibrinöse Exsudation auf der Uvula, dem Gaumen, der Epiglottis, den Arytaenoidknorpel und den aryepliglottischen Falten. Beide Taschenbänder sowie die Stimmbänder hochgradig injicirt, aber nicht ödematös.

JAMES DONELAN.

70) **S. Oppenheim. Drei Fälle von Einklemmung von Fischgräten in dem unteren Rachenabschnitte. (Trzy przypadki satszymania vie osi vybich w delnym odcinku [krtaniowym gardzieli].)** *Gazet. lekarska. No. 22. 1901.*

Verfasser beschreibt 3 diesbzügliche Fälle, in welchen Fischgräten im Sinus piriformis stecken geblieben sind und dieselben vom Verfasser herausgenommen wurden.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **L. Bregmann. Die spastische Verengerung des Schlundrohres und reflectorische Epilepsie. (Spaslycine zwezenie przetykn i padaczka odruchowa.)** *Medycyna. No. 15, 16. 1901.*

Ein 25jähriger Mann litt seit 10 Jahren an Schwierigkeiten beim Essen, indem die Speisen sich in der Speiseröhre aufhielten und nur schwer und mit sehr grosser Mühe in den Magen herunter gelangen. Flüssigkeiten konnten überhaupt nicht herunterkommen, blieben in der Speiseröhre und konnten mit Leichtigkeit jeden Augenblick vom Kranken zurückgeworfen werden. In den letzten 6 Jahren begannen noch während des Essens nervöse Anfälle hinzuzutreten. Der Anfall begann mit einer Steifigkeit der Glieder, wobei der Kranke hinstürzte mit gänz-

licher Bewusstlosigkeit. Der Anfall dauerte gewöhnlich einige Secunden, wonach der Kranke sich wohl fühlte; ab und zu stellten sich leichte Kopfschmerzen ein. Die Anfälle erschienen nur während des Essens und zwar im Augenblick, wo der Kranke sich bemühte, die Speisen herunterzuschlucken. Anfangs erschienen die Anfälle sehr selten, einmal im Monat, zuletzt erschienen sie sogar einige Male täglich. Der Kranke merkte gewöhnlich den bevorstehenden Anfall. Der allgemeine Zustand des Kranken blieb trotz mangelhafter Ernährung ziemlich gut. Der Verfasser kommt zum Schlusse, dass es sich um einen spastischen Verschluss der Cardia mit nachfolgender Erweiterung der Speiseröhre handelte. Die nervösen Anfälle betrachtete er als reflectorische Epilepsie. A. v. SOKOLOWSKI.

72) **J. Curtis. Narbenstrictur des Pharynx und Heilungen durch plastische Operationen. (Cicatricial stricture of pharynx cured by plastic operation.)** *Annals of Surgery. Februar 1901.*

Eine 20jährige Frau litt an einer narbigen Strictur des Rachens in Folge von congenitaler Syphilis. Die nasopharyngeale Oeffnung war etwa $^1/_8$ Zoll, der Oesophaguseingang ungefähr $^1/_4$ Zoll breit. Unter Tracheotomie wurde der Pharynx auf der linken Seite zwischen Epiglottis und Zunge eröffnet. Es fand sich eine Membran, die durch den Rachen quer hindurchzog und die mit dem Finger gesprengt wurde. Die Wunde wurde mittelst Transplantation geschlossen.

EMIL MAYER.

73) **Poirier. Pharynxabscesse, die Entzündung oder Phlegmone der submaxillären Lymphdrüsen vortäuschen. (Des abcès pharyngiens simulant l'adenite ou ladéno-phlegmon sous-maxillaire.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Die seitlichen Pharynxabscesse dehnen sich, seltener als die Retropharyngealabscesse, aus, einmal auf die Pharynxwand sowie auf die seitlichen Halspartien. Die letzteren täuschen gern Affectionen der Unterkieferdrüsen vor. Bei seitlichem Pharynxabscess besteht gewöhnlich auch Pharynxödem. PAUL RAUGÉ.

74) **Schech. Zur Lehre vom Erysipel und der acuten infectiösen Phlegmone des Rachens und Kehlkopfes.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 3. 1901.*

Begründung der Identität obengenannter Krankheitsprocesse auf Grund bakteriologischer, ätiologischer und klinischer Thatsachen. AUTOREFERAT.

75) **Hödlmoser. Ueber eine fudroyant verlaufende Phlegmone des Pharynx und Larynx.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1901.*

Mittheilung eines Falles von der v. Schrötter'schen Klinik mit Bemerkungen über die Beziehungen des Erysipel zur Phlegmone, zum Kehlkopfabscess und zur infectiösen Phlegmone des Pharynx und Larynx. Der Kranke von H. starb an Septicämie; die Eiterung erstreckte sich bis an die Cardia des Magens. Die bakterielle Untersuchung ergab die Anwesenheit von Diplokokken, welche den Pneumoniekokken sehr ähnlich, vielleicht sogar mit ihnen identisch waren.

SCHECH.

76) **van Engelen. Abscess des Pharynxmaxillardreiecks. (Abscès du triangle pharyngo-maxillaire.)** *La Clinique. No. 15. 1901.*

Zur Eröffnung eines Abscesses im Pharynxmaxillardreieck wurde Pat. chloroformirt und musste dabei wegen eintretender Erstickungsgefahr tracheotomirt werden. Nach Eröffnung des Abscesses und Entleerung einer ungeheueren Menge Eiters konnte die Canüle sofort wieder entfernt werden. Heilung. BAYER.

77) **Parmentier. Allgemeines über Pharynxabscesse. Beobachtung eines Falles von Periamygdalitis posterior. (Généralités sur les abscès pharyngiens. Observation d'un cas de périamygdalite postérieure.)** *Le Progrès méd. belge. No. 17. 1901.*

Man unterscheidet Abscesse des Mandelparenchyms, eigentlich Mandelabscesse, und solche, welche sich um die Mandel herum, vorn, hinten oder aussen bilden. P. theilt einen Fall von hinterem peritonsillären Abscess mit wurstförmiger Anschwellung des hinteren Gaumenbogens und Verdrängung der Mandel nach vorne mit. BAYER.

78) **Irving M. Snow. Retropharyngealer Abscess und Adenitis. (Retropharyngeal abscess and adenitis.)** *Archives of Pediatrics. Januar 1901.*

Mittheilung von 3 Fällen, von denen 2 heilten und der dritte tödtlich verlief. EMIL MAYER.

79) **J. L. Goodale. Retropharyngealer Abscess bei Erwachsenen. (Retropharyngeal abscess in the adult.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 31. Januar 1901. N. Y. Medical Record. 9. Februar 1901.*

Pat. war ein 18jähriger Kellner. Seit 4 Wochen bemerkte er eine Schwellung im Rachen, die langsam zunahm bis zur jetzigen Grösse mit gleichzeitigen Schluckbeschwerden ohne Fieber oder andere Störungen. Der Patient war im guten Ernährungszustand ziemlich bleich aber nicht cachectisch. Die Untersuchung ergab eine Hervorwölbung der ganzen hinteren Rachenwand durch eine fluctuirende Schwellung von der Höhe des weichen Gaumenrandes an nach abwärts. Die untere Grenze war nicht zu sehen und es wurde auch kein Versuch gemacht, sie zu palpiren. Die Schleimhaut über der Schwellung hatte normales Aussehen. Es bestand keinerlei Hinweis auf Erkrankung der Halswirbelsäule. Bei der Incision mit dem Bistouri entleerten sich etwa 100 ccm Eiter. Das Messer wurde unmittelbar nach der Operation im pathologischen Laboratorium untersucht. 2 Spritzen einer Suspension des Eiters in Bouillon wurden einem Meerschweinchen injicirt. 7 Wochen nach der Injection wurde das Meerschweinchen getödtet, und es fanden sich alle characteristischen tuberculösen Krankheitszeichen. Der Entleerung des Abscesses bei dem Kranken folgte unmittelbare Heilung. Es handelte sich also in dem Fall zweifellos um eine retropharyngeale Lymphadenitis mit Ausgang in Eiterung. Eine Eintrittspforte für die Infection liess sich nicht nachweisen. EMIL MAYER.

80) **C. M. Desvernine. Rachenkehlkopflähmung. (Pharyngeal-laryngeal paralysis.)** *N. Y. Medical News. 23. Februar 1901.*

Eine interessante Studie über einen Fall von Avellis'scher pharyngo-

laryngealer Hemiplegie, in welcher Anatomie, Physiologie und Pathologie des Facialis, Vagus und Accessorius ausführlich erörtert werden, vornehmlich in Bezug auf ihre Verzweigung im weichen Gaumen und Larynx. Verf. berichtet ausserdem auch über seine diesbezüglichen Studien an einer menschlichen Missgeburt. Die erschöpfende Arbeit stellt eine bemerkenswerthe Bereicherung unserer Kenntnisse über die periphere Verzweigung einiger wichtiger Kopfnerven dar.

LEFFERTS.

81) **H. Lavrand. Ueber Gurgeln. (Gargles.)** *N. Y. Medical News. 20. April 1901.*

Ueber die Zwecklosigkeit des Gurgelns ist schon viel geschrieben worden, aber Verf. glaubt, dass der Muskelaction beim Gurgeln selbst doch ein gewisser Werth zuzusprechen ist und dass man damit leicht auf die hintere Rachenwand einwirken kann. Er lässt die Kranken einen Mund voll Flüssigkeit nehmen, den Kopf nach hinten neigen, den Mund so weit als möglich öffnen und in dieser Stellung versuchen, zu exspiriren. Beim schnellen Herunternehmen des Kopfes tritt dann etwas Wasser durch die Nase aus, ein Beweis dafür, dass es in dem Pharynx gewesen ist. Die Methode kann bei Behandlung von Nase, Mund oder Pharynx verwandt werden. In der beschriebenen Stellung gelangt etwas von der Flüssigkeit in den Kehlkopf, geht aber nicht über die Stimmbänder herunter. Auf diese Weise können wir auf die Arytaenoidknorpel und die Stimmbänder medicamentös einwirken.

LEFFERTS.

d. Diphtherie.

82) **Veranus A. Moore. Der Nachweis der Diphtherie in kleinen Städten und auf dem Lande nach bakteriologischen Gesichtspunkten. (The control of diphtheria in small cities and country districts from the bacteriological standpoint.)** *The New York State Journal of Medicine. Februar 1901.*

Die Nothwendigkeit des bacteriologischen Nachweises diphtheritischer Erkrankungen wird zur Genüge durch die Thatsache dargethan, dass Diphtherie oft schwere Epidemien auf dem Lande verursacht und nicht selten auch von da in die Städte verschleppt wird. Das könnte nicht passiren, wenn allemal bacteriologische Untersuchungen vorgenommen würden. Nachlässige Untersuchungen bei Diphtherieepidemien auf dem Lande sind oft der Ausgangspunkt für die Verbreitung solcher in stärker bevölkerten Centren. Weitere Vortheile der Züchtungsmethoden sind, dass durch sie die zur Serumbehandlung geeigneten Fälle erkannt werden. Um möglichst gute Resultate zu haben, muss dieselbe bei Zeiten angewandt werden. Manche Aerzte warten damit bis zum letzten Augenblick, wo die Erkrankung schon weit vorgeschritten oder das Kind sterbend ist, und wenn sie dann versagt, heisst es, „das Antitoxin hat das Kind getödtet". Bei Anwendung aller gebotenen Vorsichtsmaassregeln gelingt es, die ehemals hohe Mortalität der Erkrankung auf das geringst möglichste Minimum zu reduciren.

EMIL MAYER.

83) **Piorhowska. Ueber die Färbung der Diphtheriebakterien. (The staining of diphtheria organisms.)** *N. Y. Medical Record. 30. März 1901.*

Verf. ist der Ansicht, dass man durch gewisse Färbungsmethoden den positiven Nachweis der Diphtheriekeime führen kann und schlägt folgende Methode vor: Von einer 15—20stündigen Cultur, die bei 37,7° C. auf Glycerinagar oder Löffler'schem Blutserum gewachsen ist, werden trockene Deckglaspräparate angefertigt und mit Methylenblau 20—30 Secunden lang gefärbt; danach 5 Secunden lange Entfärbung in 3proc. Salzsäurealkohol und Contrastfärbung durch 5 Secunden langes Eintauchen in 1proc. wässerige Eosinlösung. Die Pole treten bei dieser Färbung deutlich hervor, während sich die mittleren Partien roth färben und so viel besser sichtbar werden, als mit der üblichen Vesuvinfärbung.

LEFFERTS.

84) **Ausset. Aufsteigender Croup. (Croup ascendent.)** *Société de Pédiatrie. 12. Februar 1901.*

Interessanter Fall von primärer diphtheritischer Bronchitis bei einem 5jähr. Kinde, das alle Symptome einer Bronchopneumonie darbot mit Cyanose, erschwerter Athmung, trockenem Husten, Stimmlosigkeit ohne Befund im Halse. Injection von Heilserum und Intubation. Heilung. Richardière und Variot sind der Ansicht, dass in dem Fall eine diphtheritische Angina vorgelegen hat, die der Beobachtung entgangen ist.

PAUL RAUGÉ.

85) **W. J. Wadson. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Memphis Medical Monthly. Februar 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

86) **Sheffield. Localbehandlung der Diphtherie. (Local treatment of diphtheria.)** *Journal American Medical Association. 9. Februar 1901.*

Verf. empfiehlt zur Behandlung:

Rp. Papainae (extr. Glycer.) 16,0
Acidi carbol.
Pulv. camphor. aa 0,5
Alcohol. q. s. ad sol.
Glycerini q. s. ad 64,0

MDS. Mit Watteträger 2stündlich bis zur Abnahme der Krankheitserscheinungen im Hals zu appliciren, dann seltener.

Oder

Rp. Hydrogen. peroxyd. 16,0
Natr. borac. 8,0
Glycerini 64,0
Aquae rosar. 128,0

MDS. Ein Theelöffel voll 2stündlich in die Nase zu appliciren, so lange die Diphtheriemembran besteht.

EMIL MAYER.

87) **Burrows. Neuere Beobachtungen über Diphtherie. (Recent observations on diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 9. März 1901.*

Unter 1962 Fällen von Diphtherie waren 337 Larynxstenosen, von diesen

337 Kranken waren 213 intubirt und 124 mit Antitoxin ohne Intubation behandelt worden. Unter den Larynxfällen waren 31,4pCt. Todesfälle. In den Frühfällen ohne Operation war die Mortalität 8pCt., während sie bei den operirten Spätfällen auf 45pCt. anstieg. B. empfiehlt eindringlich, bei der Behandlung einfacher diphtheritischer Larynxstenosen von der primären Tracheotomie Abstand zu nehmen. Unter den tödtlich verlaufenden Fällen befanden sich 71,6pCt. im acuten Erkrankungsstadium, die anderen starben im secundären Stadium oder später an anderen Complicationen. Wie bereits bekannt ist, giebt die Ausdehnung der Membran keinen Anhaltspunkt für die Anwendung des Antitoxins. In dieser Hinsicht wird die Erfahrung anderer Autoren auch durch diejenige am Boston-City-Hospital bestätigt. An diesem Spital werden gewöhnlich 4000 Einheiten gegeben in 4stündlicher Wiederholung bis zum Erfolge. Nur in wenigen schweren Fällen wurde diese Dosis überschritten. Je früher die Antitoxinbehandlung eingeleitet wird, desto besser werden die Resultate.

LEFFERTS.

88) **Notiz des Herausgebers. Tetanus durch Injection von Antidiphtherieserum. (Tetanus due to anti-diphtheriticserum.)** *Philadelphia Medical Journal. 16. Februar 1901.*

Besprechung der kürzlich aus Italien bekannt gewordenen 8 Todesfälle an Tetanus bei Personen, welche mit Antidiphtherieserum aus dem serotherapeutischen Institut-Mailand geimpft worden waren.

EMIL MAYER.

89) **J. D'esterre. Der Werth des Diphtherieheilserums bei membranöser nichtdiphtherischer Angina. (The value of diphtheriaantitoxin in membraneus nondiphtherial tonsillitis.)** *Brit. Med. Journal. 6. April 1901.*

Eine 35jährige Frau wurde 2mal von membranöser Angina befallen. Diphtheriebacillen wurden nicht gefunden. Nach Injection von 1500 Antitoxineinheiten deutliche Besserung.

ADOLF BRONNER.

90) **T. J. Happel. Vier Fälle von membranösem Croup mit Antitoxinbehandlung. (Four cases of membranous croup treated with antitoxin.)** *Memphis Medical Monthly. Februar 1901.*

Mittheilung von zwei tödtlich verlaufenen und zwei geheilten Fällen. Verf. betont, dass in Fällen von spastischem Croup, die durch catarrhalische Laryngitis zu Stande kommen ohne dass dabei irgend welche Anzeichen von Membranbildung auftritt, Antitoxinbehandlung unnöthig ist.

EMIL MAYER.

91) **E. M. Wolfson. Schwierigkeiten bei der Bekämpfung der Diphtherie. (Difficulties met with in the combat with diphtheria.)** *N. Y. Medieal Journal. 30. März 1901.*

Verfasser hat mehrere Fälle von Diphtherie in Familien beobachtet, wo die Erkrankten nach dem Hospital gebracht worden waren und eine gründliche Desinfection der von ihnen bewohnten Räume nachgefolgt war. Verf. verlangt, dass alle Formen von leichter Angina bakteriologisch untersucht werden sollen; ausser der Antitoxinbehandlung soll auch Localbehandlung angewandt werden, um die Bacillen schneller zum Verschwinden zu bringen. Diphtheriekranke sollen nicht

aus der Spitalbehandlung entlassen werden, ohne vorausgegangene mehrfache bakteriologische Untersuchung. Wenn aus gewissen Gründen entlassene Patienten noch Bacillen im Halse haben, soll der beaufsichtigende Arzt oder die Gesundheitsbehörde davon in Kenntniss gesetzt werden; wenn echte Diphtheriebacillen noch längere Zeit im Halse solcher Individuen gefunden werden, muss die Virulenz dieser Keime in Thierversuchen geprüft werden. In diesem Fall soll die Isolation noch 3—6 Wochen lang fortgesetzt werden und danach Hals und Nase mehrmals täglich mit antiseptischen Lösungen irrigirt werden. Schulen, in denen Diphtherie aufgetreten ist, und in denen man nicht bei jedem Schüler bakteriologische Untersuchungen vornehmen kann, sollen 3—4 Wochen geschlossen bleiben.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

92) **J. Katzenstein. Ueber die functionelle Structur der wahren und falschen Stimmbänder.** *(Verhandl. der physiol. Gesellsch. vom 14. Juni 1901.) Archiv f. Anat. u. Physiol. Supplementband. 1901.*

Der Verlauf der elastischen Fasern im dreieckigen Knorpel an der Anheftungsstelle der Stimmlippen, an der Cartil. thyreoid. ist folgendermaassen: Nachdem sie an der vorderen Commissur dichte achterförmig gestaltete Bündel gebildet haben, gehen sie in den Zellen des dreieckigen Knorpels in Bogenform von der einen Stimmlippe zur anderen und senden senkrecht zu den Bogen verlaufende Fortsätze bis fast an die Knorpelzellen des Schildknorpels heran.

An der vorderen Seite des dreieckigen Knorpels befinden sich die elastischen Fasern wiederum im Bogen angeordnet, und die senkrechten Ausstrahlungen gehen von dort an die lateralen Theile der Cartil. thyreoidea.

Wenn nun auf den dreieckigen Knorpel durch die Stimmlippen ein Zug ausgeübt und er in Folge dessen verlängert wird, so stellen die letztgenannten Faserzüge Hemmungen gegen die Verlängerung, die Bogen dagegen Zerrungen gegen die Verbreiterung des dreieckigen Knorpels dar. Er ist also im Stande, die Bewegungen der Stimmlippe bei den Beanspruchungen durch Zug und Spannung, d. h. beim Auseinandertreten der Endpunkte der Stimmlippe an der Cart. thyr. oder Cart. aryt. sowie die Bewegungen der Ad- und Abduction zu hemmen; man könnte ihn daher Proc. vocal. ant. nennen.

Die lateral vom Perichondrium verlaufenden elastischen Fasern des Proc. voc. post. wirken als Hemmung bei der Adduction der Stimmlippe, die median am Perichondrium verlaufenden als Hemmung bei der Abduction.

Bei Zugbeanspruchung der wahren Stimmlippe wird auch die falsche Stimmlippe gedehnt; dies wird ermöglicht dadurch, dass die erstere den M. vocal. umfasst und ihr horizontal verlaufender oberer Theil gegen den Boden des Ventrikels und weiterhin in die falsche Stimmlippe ausstrahlt.

A. ROSENBERG.

93) **H. Krause. Ueber den Musc. cricothyreoideus. Erklärung zu der Arbeit von Grossmann.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 2. 1901.*

Entgegnung, dass Krause selbst schon früher die Eigenschaft des M. crico-

thyr. als automatischen Exspirationsmuskel experimentell geprüft habe, ehe Grossmann seine Publication in No. 5, 1900 der Mon. f. Ohrenheilkde. veröffentlichte.

SCHECH.

94) **Kuttner** und **Katzenstein. Ueber den Musc. cricothyreoideus.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 5. 1901.*

Reclamation gegenüber Krause (Mon. f. Ohrenheilkde. No. 2. 1901) des Inhalts, dass die genannten Autoren gleichzeitig mit Kr. die Thatsache constatirten, dass bei jeder exspiratorischen Adduction, auch wenn die Athmung ruhig ist, eine deutliche Contraction des M. cricothyr. zu sehen sei. SCHECH.

95) **Kuttner** und **Katzenstein. Bemerkung zu der Grossmann'schen Arbeit über den M. cricothyreoideus.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 7. 1901.*

Reclamation gegenüber Grossmann des Inhalts, dass die Genannten auf die Thatsache, dass man bei Freilegung des Kehlkopfes bei jeder Exspiration vor und nach der Porticusausschaltung eine deutliche active Contraction des M. cricothyr. wahrnehme, schon früher aufmerksam gemacht hätten. SCHECH.

96) **A. Jurasz** (Heidelberg). **Zur Frage nach der Wirkung des Mm. thyreocricoidei.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. H. 1. p. 61. 1901.*

J. führt aus, dass „die Hauptwirkung der M. thyreocricoidei einzig und allein in der Anziehung des Ringknorpelreifes an den unteren Rand des Schildknorpels besteht. Die Wirkung in umgekehrter Richtung ist nahezu undenkbar.“ Er begründet diese Anschauung in ausführlicher Weise durch anatomische und physiologische Betrachtungen und Erwägungen.

Für die Nomenclatur ergiebt sich aus dieser Anschauung die Consequenz, die Cartilago thyreoidea als den „Stell- oder Grundknorpel“ und die Cartilago cricoidea als den „Spannknorpel“ zu bezeichnen und statt wie bisher von Mm. cricothyreoidei von Mm. thyreocricoidei zu sprechen. F. KLEMPERER.

97) **Neumayer** (München). **Experimentelles zur Pathologie des Cricoarytaenoidealgebietes.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1901.*

Ausgehend von einem Falle von acuter rheumatischer Erkrankung des Crico-aryt.-Gelenkes machte N. am ausgeschnittenen Kehlkopfe Versuche, ob durch Ergüsse in das Gelenk die Stellung des Aryknorpels und die Beweglichkeit des Stimmbandes sich beeinflussen lasse. Zur Injection in das Gelenk verwandte N. Olivenöl. Sobald die Injectionsflüssigkeit in die Gelenkhöhle eintritt, rückt der Aryknorpel etwas nach aussen, sodass die Glottis weiter wird, indem auch das Stimmband weiter abrückt; der Aryknorpel wird ferner durch Abhebung von der Gelenkfläche etwas höhergestellt, die Arygegend aber nur wenig verändert, da nur 0,1—0,2 Oel aufgenommen werden kann. N. schliesst aus seinen Versuchen, dass die bei Erkrankung der Cr.-Gelenke beobachteten Normveränderungen nur articulärer Art sind und dass auch die motorischen Störungen höchst selten durch mechanische Behinderung des Gelenks bedingt sind, sondern durch Gelenkerguss oder Läsion des Recurrens. Der Nachweis von Knarren im Cr.-Gelenk ist sicher möglich.

SCHECH.

98) Lublinski. **Giebt es eine isolirte Lähmung des Musc. cricothyreoideus?** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1901.*

L. spricht sich für das Vorkommen einer isolirten Cricothyr.-Lähmung aus, die er 4 mal beobachtete und zwar 3 mal nach Diphtherie. Die Details müssen im Original gelesen werden.

SCHECH.

99) Johann Fein. **Zur Casuistik der Stimmbandlähmungen.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 5. 1901.*

Linksseitige complete Recurrenslähmung ohne direct nachweisbare Ursache, bei der später das excoriirte Stimmband in der Mittellinie unbeweglich und etwas tiefer als das rechte stand, und durch Muskelkraft in der Mittelstellung erhalten wurde.

SCHECH.

100) Ree. **Lähmung oder Contractur des rechten Stimmbandes? (Paralysi o contrattura delle corda vocale destra?)** *Annali di Laringologia etc. April 1901.*

Bei einem 43jährigen Patienten, Syphilitiker, bestanden seit 3 Monaten Deglutitionsbeschwerden und Schluckschmerzen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigte sich das rechte Stimmband straff gespannt, völlig unbeweglich der Mittellinie angenähert. Patient litt an häufig auftretenden und das Leben bedrohenden Anfällen von Spasmus glottidis. Die Sondirung des Oesophagus gelang ohne Schwierigkeiten. Eines Tages warf der Patient unter leichten Hustenstössen etwas Blut aus und unmittelbar darauf war sowohl die Heiserkeit wie die Schluckbeschwerden völlig verschwunden; das laryngoskopische Bild zeigte, dass das vorher völlig unbewegliche rechte Stimmband seine volle Beweglichkeit wieder erlangt hatte. Jedoch schon 2 Tage darauf trat unter einer foudroyanten Blutung plötzlich der Tod ein. Da die Autopsie verweigert wurde, so konnte nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt werden. Dieselbe lautete: Aneurysma, wahrscheinlich der Subclavia und Exitus in Folge von Durchbruch desselben in den ulcerirten Bronchus.

Verfasser, der ein Schüler Masinis ist und die — bekanntlich von den allgemein acceptirten stark abweichenden — Ansichten seines Lehrers in der Recurrensfrage sich zu eigen gemacht hat, erklärt die Medianstellung des rechten Stimmbandes in diesem Falle nicht als Abductorenlähmung, sondern als eine active spastische Contractur des Stimmbandes, bedingt durch den Reiz, den der Druck des Aneurysmas auf den Recurrens ausübt. Mit dieser Annahme glaubt er auch die bei seinem Patienten 2 Tage ante exitum beobachtete Wiederbeweglichkeit des Stimmbandes erklären zu können.

FINDER.

101) H. Mygind (Kopenhagen). **Die Posticuslähmung. (Posticusparalysen.)** *Hospitals-Tidende. 1901. p. 584.*

Vorlesung über die heutige Lehre von der Posticusparalyse.

E. SCHMIEGELOW.

102) M. Sänger und W. Hilger. **Ein Fall von Aphonie nach Laryngofissur geheilt durch systematische Sprachübungen unter Anwendung der Hypnose.** *Zeitschr. f. Hypnose. X. Heft 4. 1901.*

Einem 8jährigen Mädchen wurde ein Theil der Heiserkeit und hochgradige

Dyspnoe verursachenden Papillome auf endolaryngealem Wege und die subglottisch sitzenden mittelst Laryngofissur entfernt. Trotzdem blieb die Patientin aphonisch. Als percutane und endolaryngeale Faradisation und Galvanisation, Massage und Insufflationen keinen Nutzen brachten, wurde von H. die Hypnose angewendet, in der das Kind mit lauter Stimme sprach. Durch systematische Sprachübungen gelangte Pat. wieder in den vollen und dauernden Besitz einer reinen und wohlklingenden Stimme.

A. ROSENBERG.

103) **John Edwin Rhodes. Interessante Kehlkopflähmung bei einem Fall von ungewöhnlicher locomotorischer Ataxie. (Interesting throat paralyses in a case of locomotor ataxia of an irregular form.)** *Journal American Medical Association. 22. Juni 1901.*

Die Diagnose ging in diesem Fall auf ascendirende Sklerose bei locomotorischer Ataxie mit Ptosis des rechten Augenlides, Divergenzstellung des rechten Auges, Lähmung der linken Hälfte des Gaumensegels und Abductorenlähmung des rechten Stimmbandes.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

104) **L. Thiriar. Cystenkropf. (Goitre kystique.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 5. 1901.*

In der Sitzung vom 18. Januar 1901 der anatomopatholog. Gesellschaft von Brüssel zeigt Th. einen Cystenkropf vor, behufs dessen Entfernung von Prof. Thiriar ein Stück des Oesophagus, dessen Wände indurirt und bedeutend verdickt waren, mit entfernt werden musste.

BAYER.

105) **van Haelst. Ein Fall von Dysthyroidie. (Un cas de Dysthyroïdie.)** *La Belgique méd. No. 25. 1901. Annal. de la Soc. de Méd. de Gand. Févr. 1901.*

3jähr. Kind, hereditär belastet, hatte nach der Geburt einen hufeisenförmigen Tumor am Halse, welcher nach einigen Wochen verschwand. Im Alter von $1^1/_2$ Jahren stellte sich Taubheit und in Folge dessen Stummheit ein. Operation adenoider Wucherungen. Es verblieben ein apathischer Gesichtsausdruck, unregelmässige Schädelbildung, eine ums Doppelte vergrösserte Schilddrüse und mittelmässige Intelligenz. Wegen letzterer wählt der Autor den Ausdruck „Schilddrüsendystrophie“ für den krankhaften Zustand, den er sonst lieber als „myxomatösen Cretinismus“ bezeichnet hätte.

BAYER.

106) **Zajkowska. Die Ursachen von Erstickungsanfällen bei Kropf. (Contribution à l'étude des causes des accès de suffocation chez les goîtreux.)** *Dissertation. Genf. 1901.*

Diese Ursachen werden eingetheilt in 5 Klassen: anatomische Hypertrophie, goitre plongeant etc.; physiologische Körperanstrengungen, Geburtsact etc.; nervöse Anschwellungen durch vasomotorische Einflüsse bei Uterinleiden, in der Schwangerschaft etc.; infectiöse Ursachen, Strumitis; Ursachen durch concomitirende Störungen im Athmungsapparat, Lungenkrankheiten, oder durch hemi-

plegische Zustände erzeugt. Zu letzterer Klasse werden einige lehrreiche Fälle ausführlich besprochen. Verf. betont auch die latente Stenose. JONQUIÈRE.

107) **Schlender** (Berlin). **Ueber Strumitis nach Pneumonie im Anschluss an Fall von Strumitis purulenta mit Mischinfection.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 59. Bd. H. 4. 1901.*

Bei einem 52jähr. Manne entwickelte sich im Anschluss an eine Pneumonie eine eitrige Strumitis, welche trotz ausgiebiger Incision zu einer tödtlichen septischen Allgemeininfection führte. Der Verfasser schliesst, dass die Prognose vor operativer Eröffnung der Anschwellung sich nicht sicher stellen lasse, dass der Nachweis von Streptokokken im Eiter oder diejenige einer Mischinfection stets eine ungünstige Prognose gebe, während jede andere allein auftretende Bakterienart günstiger zu beurtheilen sei und dass die spät auftretenden metastatischen Strumitiden eine günstigere Prognose geben, als die schnell eintretenden.

SEIFERT.

108) **Le Filliatre. Verschiedene Behandlungsweisen der Basedow'schen Krankheit. (Des différents traitements de la maladie de Basedow.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Verfasser empfiehlt 3 Etappen der Behandlung und zwar die empirische, die chirurgische und die elektrische. PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

109) **Poli. Ueber ein tracheoskopisches Zeichen für Fremdkörper im Oesophagus. (Sopra un segno tracheoscopico dei corpi stranieri nell'esofago.)** *Bollett. della R. Academia Medica di Genova. 1901. No. IV.*

Bei einer alten Dame, die ein Knochenstückchen verschluckt hatte, fand Verfasser bei der laryngoskopischen Untersuchung in der Höhe des 6.—7. Trachealringes eine Anschwellung, durch die die Trachealwand nach vorn vorgewölbt wurde. Verf. führte diese Anschwellung auf den im Oesoghagus eingekeilten Fremdkörper zurück und in der That zeigte sich, dass nach Einführung einer Schlundsonde die Hervorwölbung der Trachealwand verschwand. Verf. glaubt, dass dieses Symptom zur Erkennung von Fremdkörpern, die im Anfangstheil des Oesophagus sitzen, bisweilen mit Vortheil verwandt werden kann. FINDER.

110) **Wilms** (Leipzig). **Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem unteren Theil des Oesophagus vom Magen aus.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 60. Bd. 3. u. 4. H. 1901.*

Die Abtastung der Speiseröhre mit dem Finger gelingt von der Oesophagotomiewunde aus bis zum 5. und 6. Brustwirbel, vom Magen aus bis zum 7. und 8. Brustwirbel. In dem von W. mitgetheilten Falle konnte ein in den Oesophagus gerathenes Gebiss gut vom Magen aus entfernt werden, die Technik der Operation s. Original. SEIFERT.

111) Escher (Triest). **Resection der Speiseröhre mit circulärer, primärer Naht wegen narbignr Occlusion.** *Zeitschr. f. Heilkunde. XXII. Bd. Neue Folge II. Bd. H. III. 1901.*

Die Narbenstenose war offenbar luetischen Ursprungs und befand sich in der Höhe des 4. Trachealringes.

CHIARI.

112) H. Gräve (Schweden). **Cancer oesephagi. Oesophagostomie.** *Hygiea. Bd. LXII. p. 562.*

Mann im Alter von 46 Jahren. Tumor in gleicher Höhe mit der Cartilage cricoidea, den Larynx infiltrirend. Partielle Exstirpation. Recidiv.

E. SCHMIEGELOW.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) H. Luc (Paris). **Vorträge über die Eiterungen des mittleren Ohres und der Nebenhöhlen der Nase, sowie ihre intracraniellen Complicationen. (Lectures sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires du nez et sur leurs complications intracraniennes.)** Paris. J. B. Ballière et fils. 1900.

Wir haben selten Gelegenheit gehabt, eine interessantere Folge von Publicationen zu studiren als die vorliegende aus der Feder H. Luc's, eines Autors, dessen Ansichten über die Erkrankungen des Ohres, des Halses und der Nase ernsthafteste und dankbare Berücksichtigung verdienen. An diesem Orte haben wir uns vornehmlich nur mit einem kleinen Theil des Werkes zu befassen, der die eitrigen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase umfasst, jedoch hat Ref. die Empfindung gegenüber denjenigen Collegen, die sich gleich ihm für das Gebiet der Otologie interessiren, seine Pflicht zu versäumen, wenn er die ausgezeichneten Capitel des vorliegenden Werkes auf dem Gebiet der Otologie ganz überginge.

Mit Ausnahme des ersten Capitels, welches sich in allgemeinen Betrachtungen über die verschiedenen Höhlen und Nebenhöhlen, die mit dem Nasenrachenraum in Verbindung stehen, erstreckt, handeln die folgenden 12 Capitel von den acuten und chronischen eitrigen Erkrankungen des Mittelohres und ihren Complicationen. Man muss den Verf. besonders beglückwünschen zu seiner Darstellung der Bezold'schen Mastoiditis, sowie der verschiedenen Formen der chronischen Otorrhoe und ihrer Behandlung; der Abschnitt über das eigentliche als Cholesteatoma tympani bezeichnete Krankheitsbild gehört sicherlich zu dem besten, was je darüber geschrieben worden ist. Er umfasst auch das Gebiet der Mastoidoperationen, ist hervorragend practisch dargestellt, und lässt allerwärts die Vertrautheit des Verf.'s mit diesem schwierigen Gebiet sowie mit den verschiedenen Formen der Behandlung der Mastoiderkrankungen erkennen.

Die weiteren Capitel über die accessorischen Nebenhöhlen der Nase können an Klarheit und Bedeutung als mustergiltig bezeichnet werden.

(Kieferhöhle). Nach einem kurzen Hinweis auf die Verdienste von Ziem und Heryng, die das Capitel der eiterigen Nebenhöhlenerkrankungen zuerst zur Sprache gebracht und die diagnostischen Hilfsmittel zur Erkennung derselben verbessert haben, giebt Verf. eine kurze Beschreibung von der Anatomie des Sinus, soweit sie für die Pathologie, Diagnose und Behandlung des Empyems in Betracht kommen. Er betont die Neigung der Schleimhaut zu polypöser Entartung und sieht hierin eine constante und wesentliche Anomalie in Fällen, die nur wenige Wochen dauern. Die Empyeme entstehen nach seiner Ansicht etwa ebenso häufig durch Infection von der Nase her, als durch Caries der Zähne.

Die Ausführungen über die Durchleuchtung sind sehr gut gefasst und wir lesen mit Vergnügen, dass der Verf. betont, dass die Verdunkelungen bei der Durchleuchtung mehr auf eine Verdickung der Schleimhaut, als auf Anwesenheit von Eiter im Sinus beruht und dass daher die allmälige Wiederkehr der Durchsichtigkeit während der Behandlung eine gute Prognose giebt.

Was die Darstellung der Symptome der Kiefernhöhleneiterung betrifft, so würden wir es für besser halten, wenn auf die allgemeinen Symptome, vornehmlich die chronische Eiterung mehr Gewicht gelegt worden wäre und wenn dieselbe gleichzeitig mit den örtlichen Symptomen abgehandelt wäre, anstatt nur gelegentlich bei der Prognose Erwähnung zu finden. Zahlreiche Patienten haben von Kopfschmerz, Neuralgien, Nausea, Verdauungsstörungen und allgemeiner Depression mehr zu leiden, als von dem kaum beachteten eitrigen Ausfluss aus der Nase. Bei der Behandlung von Fällen nasalen Ursprungs und von solchen im Anfall bei dentalem Ursprung empfiehlt der Verf. warm die Anwendung von Umschlägen auf den Hals, sowie häufig Inhalation von Mentholdämpfen, in der Absicht, durch Contraction der Schleimhaut den eitrigen Ausfluss zum Stillstand stand zu bringen und auf diese Weise Heilung herbeizuführen. Dieser Behandlungsplan soll 3 oder 4 Wochen lang durchgeführt werden. Wenn derselbe versagt, kommt chirurgische Behandlung in Betracht. Die alveoläre Behandlung wird bei frischen Fällen dentalen Ursprungs empfohlen; die Oeffnung soll dann klein sein und wenn bei 2mal täglich ausgeführter Irrigation bis zum Verschluss der Alveole die Eiterung nicht zurückgeht, soll die Radicaloperation durch die Fossa canina mit Gegenöffnungen in der Nase herangezogen werden. Das Verfahren ist so bekannt, dass wir nicht länger dabei zu verweilen brauchen. Die buccoantrale Wunde wird am Schluss der Operation durch Naht geschlossen, die Gazepackung bleibt 5 Tage liegen und dann werden 2mal täglich Irrigationen in der Höhle mit Borsäure 5 oder 6 Wochen lang ausgeführt, wonach völlige Heilung eintreten soll. Der Schluss des Capitels tritt lebhaft für die Radicaloperation bei der Mehrzahl der chronischen Fälle ein. Die Argumente dafür sind zwar theoretisch unanfechtbar und insofern auch anzuerkennen, aber wir müssen immer bedenken, dass eine Kieferhöhleneiterung an sich keine lebensgefährliche Erkrankung darstellt, die oft durch alveoläre Drainage vollkommen in all ihren Symptomen beseitigt werden kann. Sicherlich sollen wir wenigstens bei unseren Patienten zuerst damit einen Versuch machen, ausserdem müssen wir die Behandlung nach der Individualität des Falles richten und nicht jeden Patienten ohne Weiteres

einer uns ideal erscheinenden Behandlungsweise unterwerfen. Ref. möchte betonen, dass die Erscheinungen am mittleren Naseneingang häufig einen prognostischen Werth haben; wenn hierselbst keinerlei polypöse Degeneration der Schleimhaut besteht, dann kann die alveoläre Drainage selbst bei lang bestehenden Fällen Heilung herbeiführen, während im anderen Fall die Radicaloperation in Betracht kommt, da anzunehmen ist, dass dann auch die Schleimhaut der Kieferhöhle in ähnlich degenerirtem Zustand sein muss.

(Stirnhöhle). Nach einer kurzen anatomischen Einleitung betont Verf., dass Druckschmerz hier häufig auf eine Erkrankung der Stirnhöhle hinweist, auch wenn spontaner Schmerz fehlt. Die Durchleuchtungen können unter Umständen werthvoll sein, sind jedoch weniger zuverlässig als bei den Kieferhöhlenerkrankungen. Ref. ist hier der Meinung, dass die zuverlässigsten Resultate erzielt werden, wenn die Lampe in der Medianlinie etwa 1 Zoll oberhalb der Nasenwurzel gegen die Haut angedrückt wird, wobei bei normalen Stirnhöhlen die Gegend des inneren Orbitalwinkels durch den Boden der Stirnhöhle hindurch hell erleuchtet wird.

Bei der Behandlung der acuten Eiterung werden Mentholdämpfe empfohlen und sogar Entfernung der vorderen Hälfte der mittleren Muschel, wenn dort ein Hinderniss für den eitrigen Ausfluss aus der Stirnhöhle besteht. Wenn diese Maassregeln versagen, muss die Höhle von aussen eröffnet werden, wobei Verf. vollständige Naht der Wunde nach der Operation empfiehlt.

In der Radicaloperation haben wir bei der chronischen Eiterung ein ausgezeichnetes Mittel gegen die verschiedenartigsten Symptome bei Erkrankung der Stirnhöhle. Auf die Bedeutung des Curettements der erkrankten Schleimhaut wird wesentliches Gewicht gelegt, sowie auf die Wiederherstellung der freien Communication mit der Nasenhöhle. Verf. bedient sich nicht der Canüle sondern, drainirt die Stirnhöhle mit Gaze, deren Ende aus der gleichseitigen Nasenöffnung herausgeführt wird. Er tritt für völlige Verschliessung der äusseren Wunde im Anschluss an die Operation ein. Nach unserer Ansicht begünstigt eine partielle Schliessung der äusseren Wunde und Entfernung des Verbandes durch die offen gehaltene Partie der Wunde jeden 3. oder 4. Tag das Auftreten gesunder Granulationen an den Wänden der Stirnhöhle und führt zur schnellen Heilung mit vorzüglichem Resultat. Gleich dem Autor möchten wir die Kuhnt'sche Operation (nicht „Dont'sche"!) bei besonders hartnäckigen Fällen von Eiterungen vornehmlich bei doppelseitiger Stirnhöhlenerkrankung beschränken.

(Siebbeineiterung). Wir möchten die Lecture dieser Capitel allen Rhinologen empfehlen, von denen ja eine grosse Zahl die Bedeutung dieser, zwischen Stirn- und Kieferhöhle gelegenen Region unterschätzt. Eingefügt sind hier zweckmässiger Weise zwei halb diagrammatische Skizzen der Siebbeinzellen. Die Diagnose der Siebbeineiterung geschieht hauptsächlich per exclusionem und wir müssen zugestehen, dass sie selten allein auftritt, ohne durch Stirn- und Kieferhöhleneiterung complicirt zu sein. Bezüglich der intranasal ausgeführten operativen Behandlung der Siebbeinregion mit verhältnissmässig günstigen Heilerfolgen haben wir gewisse Zweifel, ob der Standpunkt des Autors gegenüber

dieser Methode nicht etwas zu eng begrenzt sei. In den meisten Fällen empfiehlt er nämlich die Operation von aussen.

(Keilbeinhöhle). Es werden zunächst die Bedeutung der Kopfschmerzen und der Augensymptome betont und die Diagnose der Keilbeineiterung besprochen. Wenn es möglich ist, die Keilbeinerkrankung auf intranasalem Weg zu behandeln, so empfiehlt Verf. dieselbe von der Kieferhöhle aus in Angriff zu nehmen (Janssen's Methode) und sich dabei der äusseren Fronto-ethmoidaloperation zu bedienen.

Wir kommen nun zu den Capiteln über den Mechanismus und den Vorgang der intracraniellen Infection, der Thrombophlebitis des Sinus, der Pyämie auralen Ursprungs ohne Thrombophlebitis, Hirnabscess nach pericraniellen Eiterungen, Leptomeningitis und schliesslich zu dem ausgezeichneten Abschnitt über ophthalmoskopische Diagnose der cerebralen Complicationen bei Entzündungen der Sinus von Dr. Valude.

Der Raum fehlt uns, diese letzten Abschnitte im Detail zu besprechen. Es genügt, darauf hinzuweisen, dass sie unsere gegenwärtige Kenntniss über diese Erkrankung völlig erschöpfen, dass sie auf grosser practischer Erfahrung aufgebaut sind und in einem gefälligen Stiel und geschickt geschrieben sind, wie uns Verf. eben bereits aus seinen Schriften bekannt ist. Die beste Anerkennung, die wir dem Verfasser aussprechen können, liegt vielleicht darin, dass wir nach der Lecture des Werkes die Empfindung haben, über alles unterrichtet zu sein, was auf diesem Gebiet in Frage kommt und zwar auf die müheloseste und angenehmste Weise.

Herbert Tilley.

b) A. Narrath. **Der Bronchialbaum der Säugethiere und des Menschen. Eine vergleichend-anatomische und entwickelungsgeschichtliche Studie.** Mit 242 Figuren im Text und VII Doppeltafeln. I. Bibliotheca medica. Abtheil. A. Anatomie. Heft 3. Stuttgart 1901.

Eine auch nur annähernde Wiedergabe des Hauptinhaltes dieses 48 Druckbogen und 7 Doppeltafeln umfassenden monumentalen Werkes, der Frucht der Arbeit vieler Jahre, ist im Rahmen der Referate des laryngologischen Centralblatts nicht möglich. Das Folgende diene nur zur Orientirung über das weite Arbeitsfeld, welches wir hier bearbeitet finden. Verfasser behandelt zunächst die vergleichende Anatomie der Säugethierlungen bei Vertretern aller wichtigerer Säugethierfamilien der drei Unterklassen Monotremata, Marsupialia und Placentalia in sehr erschöpfender Weise. Die Lungen von über 130 solcher Vertreter wurden zum Theil in zahlreichen Exemplaren untersucht. Ausführlich wird ferner die Entwicklungsgeschichte der Nagethierlunge (Kaninchen und Meerschweinchen), kürzer die Entwicklung der Lunge der Paarhufer, Raubthiere, Monotremen und des Menschen behandelt. Aus dem allgemeinen Theil der Arbeit, der das Facit dieser umfassenden Specialuntersuchungen zieht, sei nur einiges hervorgehoben. Der Stammbronchus ist eine durchaus einheitliche Bildung; er entsteht nur aus der terminalen Stammknospe. Hieraus ergiebt sich eine Bestätigung der alten Aeby'schen Auffassung. Dagegen ist man nicht berechtigt, von einem eparteriellen

und hyparteriellen Abschnitt des Stammbronchus zu sprechen, da eine Ueberkreuzung im Sinne Aeby's nicht besteht, und selbst wenn sie bestünde, nur eine secundäre Erscheinung von untergeordneter Bedeutung wäre. — Sehr eingehende Besprechung finden dann der infracardiale Bronchus und die centralen Nebenbronchien sowie die apicalen Bronchien, endlich die Lappenbildung der Lunge. Dann folgt eine Besprechung der Varietäten der Arteria pulmonalis und ihrer Seitenäste, zweitens der Bronchusvarietäten. Ueber letztere wird ein Ueberblick durch Eintheilung in 11 Gruppen gewonnen. Ein Literaturverzeichniss, das 87 Nummern umfasst, bildet den Beschluss des in grossartigem Maassstabe angelegten und durchgeführten Werkes. R. Semon.

c) **A. v. Sokolowski. Klinische Vorträge über Krankheiten der Respirationswege. 1. Theil: Krankheiten der Trachea und Bronchien. (Wyklady kliniczne charob drog oddechowych. Czesc 1: Shoroby tchawicy i oskrzeli.)** Warschau 1902. 365 Ss.

Die Reihe von originellen Handbüchern in polnischer Sprache vermehrte das vor Kurzem erschienene Werk des Dr. S., eines der in der allgemeinen medicinischen Literatur, wie auch speciell in der Laryngologie sehr bekannten Verfassers. Der erste Theil des Werkes, ein starker Band von 345 Seiten, enthält in sehr klarer und leicht fassbarer Schilderung in Form von klinischen Vorträgen die ganze Pathologie der Trachea und Bronchien, welche auf 25jähriger klinischer Hospital- und Privatpraxis eines am meisten besuchten Practikers der Warschauer Aerzte, und zwar auf dem Gebiete der Brustkrankheiten, beruht. Es muss hervorgehoben werden, dass der Verfasser in der Therapie der Krankheiten der Trachea und Bronchien auf die hygienisch-diätetische Behandlung das Hauptgewicht legt und dieselbe, sowie die Klimatotherapie sehr eingehend bespricht. Aus der Reihe der einzelnen ausgezeichneten Abschnitte ist besonders hervorzuheben Bronchitis crouposa der Trachea und Bronchien, Syphilis, welche Verfasser mit eigener, sehr interessanter Casuistik illustrirt. Ebenfalls ausgezeichnet ist der Abschnitt über Bronchial-Asthma bearbeitet. Dieselbe betrachtet Verfasser als eine rein spasmatische Neurose mit sehr oft begleitenden Störungen der vaso-secretorischen Thätigkeit der Schleimhaut.

In der Therapie des Asthma wird hauptsächlich die allgemeine Therapie empfohlen, obwohl die locale Therapie der Nasenschleimhaut in bezüglichen Fällen als behülfliche Methode betrachtet wird.

Verfasser warnt mit Recht vor übermässigem Optimismus in dieser Richtung und behauptet, dass eine radicale Heilung des Asthma nach rhino-chirurgischer Operation eigentlich zur Seltenheit gehört; denn in den meisten Fällen werden nach Verfasser Recidive beobachtet.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass Verfasser durch das betreffende Werk der polnischen Medicin gute Dienste geleistet hat. J. Sendziak.

---

d) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 31. Mai 1901.

Vorsitzender: E. Cresswell Baber.

Barclay Baron: Grosse Kehlkopfgeschwulst, demonstrirt in der vorigen Sitzung (November 1900). Es hatte sich damals eine gewisse Meinungsverschiedenheit bezüglich der Geschwulstnatur kundgegeben, aber man hatte einstimmig angenommen, dass es sich um einen gestielten Tumor handelte, der durch den Mund entfernt werden könnte. Es hat sich herausgestellt, dass derselbe ein Epitheliom mit ausgedehnten Infiltrationen darstellte, welches die Epiglottis und benachbarte Gewebe befallen hatte. Es ist jetzt inoperabel.

Mark Howell: 61jähriger Kranker mit grossem Epitheliom am linken Stimmband, das im Jahre 1886 und zum zweiten Male 1887 auf endolaryngealem Wege entfernt worden ist und seitdem nicht mehr recidivirte. Es handelt sich hier um einen Heizer in einer Gasfabrik, bei dem 1884 zum ersten Mal Athemnoth auftrat. Jn diesem und in folgendem Jahre liess er sich in verschiedenen Krankenhäusern behandeln, verweigerte aber jeden operativen Eingriff von aussen, der zur Beseitigung der Athemnoth vorgeschlagen wurde. Vortragender sah den Kranken zuerst im Frühjahr 1886 und constatirte, dass der Kehlkopf von einer grossen papillösen Geschwulst von weisslicher Farbe eingenommen wurde; dieselbe wurde unter Cocain mit der scharfen Zange entfernt, und als der Patient nach 14 Tagen aus der Behandlung austrat, war keine Spur mehr davon zu sehen. Im Frühjahr 1887 kam Patient wieder mit der Angabe, dass die Athemnoth in den letzten 3—4 Monaten allmälig wieder schlimmer geworden sei. Die Untersuchung ergab ein Recidiv, das an Grösse, Farbe und makroskopischem Aussehen der ursprünglichen Geschwulst völlig gleich war.

Die Thyreotomie wurde vom Patienten wieder nicht erlaubt und die Geschwulst abermals mit der scharfen Zange in 4 Sitzungen entfernt. Der Kranke wurde nun mit völlig geschwulstfreiem Kehlkopf aus der Behandlung entlassen. Recidiv ist seither nicht aufgetreten. Der Tumor wurde von Frederick Eve untersucht. Derselbe constatirte, dass die im Jahre 1886 entfernte Geschwulst ein Epitheliom mit deutlich papillärer Oberfläche war. Die Papillen waren lang und fadenförmig und die Geschwulst selbst setzte sich nach unten auf die Epitheloberfläche fort. Theilweise enthielt dieselbe reihenweise angeordnete Cylinderepithelien mit zahlreichen Zellnestern. Submucöses Gewebe war in entfernten Partien nicht vorhanden. Die 1887 entfernten Geschwulstmassen unterschieden sich von den vorhergehenden dadurch, dass nur sehr spärliche und kleine Zellnester vorhanden waren. Die Epithelreihen waren weniger deutlich begrenzt. Eve hält deshalb die Geschwulst für Epitheliom. Er begründet seine Diagnose mit der ausgedehnten, charakteristischen Epithelwucherung, der Gegenwart von Zellnestern und den allgemeinen Erscheinungen des Neoplasmas. Howell schloss seine Bemerkungen mit einem Hinweis auf den aussergewöhnlichen Charakter des

Falles, wie er sich infolge Verweigerung der Operation und alleiniger Anwendung der Zange gestaltet hatte.

de Santie hebt hervor, dass die Untersuchung des mikroskopischen Schnittes, wie er in der letzten Sitzung demonstrirt worden war, keinerlei Hinweis auf die Diagnose des Epithelioms gab, und dass auch die lange Vorgeschichte des Falles, sowie die Erscheinungen der Geschwulst selbst durchaus gegen die Diagnose Epitheliom sprachen. Eine maligne Geschwulst von einer derartigen Dauer hätte von einer ausgedehnten Infiltration an ihrer Basis begleitet sein müssen. Er ist deshalb der Meinung, dass die Geschwulst einen durchaus unschuldigen Charakter trug.

Sir Felix Semon stimmt durchaus mit dem Vorredner überein. Die makro- und mikroskopischen Zeichen, die Krankengeschichte, sowie die bestehenden Erscheinungen am Kehlkopf des Kranken weisen durchaus auf einen gutartigen Charakter der Geschwulst hin. Dieselbe hält sich zweifellos nur an die Oberfläche und hat nicht zur Infiltration der unterliegendeu Gewebe geführt. Gegenwärtig ist auch nicht mehr die leiseste Spur der ausgeführten Operation zurückgeblieben. Er leugnet durchaus nicht die Möglichkeit, einen malignen Tumor auf endolaryngealem Wege zu entfernen und hat selbst einen derartigen erfolgreichen Fall veröffentlicht. Jedoch ist es ihm unverständlich, dass nach der Entfernung einer grossen infiltrirenden Geschwulst auch nicht die leiseste Spur ihres früheren Bestehens mehr zu finden sein sollte. Er ist der Ansicht, dass es sich in dem vorliegenden Fall um ein Papillom handelte, das von der vorderen Commissur abging. Damit wäre auch die derzeitige Intactheit der Stimmbänder erklärt. Auch er kann in dem vorliegenden Fall nichts für Epitheliom charakteristisches finden und befürwortet die Ueberweisung der Geschwulst an das Comité für krankhafte Geschwülste.

Der Vorsitzende hebt das Interesse der Gesellschaft an der Ueberweisung des Tumors an das Comité für krankhafte Geschwülste hervor.

Winrace fragt an, ob Drüsenschwellungen vorhanden waren.

Howell betont, dass der Tumor bei der ersten Operation den freien Rändern und der unteren Fläche des linken Stimmbandes in ganzer Ausdehnung anlag. Der Recidivtumor war breitbasig und sass der oberen und unteren Fläche des Stimmbandes in ganzer Länge, sowie dem linken Taschenband auf. Die Beweglichkeit des linken Stimmbandes war nach der ersten Operation andauernd herabgesetzt, Drüsenschwellungen wurden nicht bemerkt.

Frederick Spicer: 15jähriges Mädchen mit Schwund des knorpligen Septums infolge von Druck durch Nasenpolypen. In dem vorliegenden Fall war die ganze Nase von Polypen erfüllt. Obwohl eine Perforation nicht existirte, waren völliger Schwund des knorpligen Septums eingetreten. Die Patientin gab an, dass ihre Erkrankung mit einer Bläschenbildung auf dem Nasenrücken und gleichzeitigem eitrigen Ausfluss aus der Nase begonnen habe.

Der Vorsitzende, Scanes Spicer, Powell, Thomson führen der Erkrankung auf Septumabscess zurück.

Lambert Lack: Ungewöhnlicher laryngo-pharyngealer Tumor bei einer Frau, mit Demonstration eines mikroskopischen Präparates von der entfernten Geschwulst. Der Fall ist bereits in der Aprilsitzung demonstrirt. Vortr. hat den Tumor mittelst seitlicher Pharyngotomie nach Eröffnung des Pharynx und Hervorziehung des Larynx bis zum Sichtbarwerden der hinteren Wand entfernt. Er fand eine weiche breitbasige, der Schleimhaut des Ringknorpels aufsitzende taubeneigrosse Geschwulst, die er abtrug. Die Schleimhhaut wurde über dem Ringknorpel mit Catgutnähten geschlossen, desgleichen die Wunde im Pharynx. Schon am Tage nach der Operation konnte die Kranke leicht schlucken und die Heilung war glatt. Es wurde vorsichtshalber die Laryngotomie ausgeführt.

Jobson Horne hält die Geschwulst für ein Mischzellensarkom.

Sir Felix Semon beglückwünschst den Operateur; in der Beurtheilung des histologischen Charakters der Geschwulst ist er nicht sicher. Dieselbe wird dem Comité für krankhafte Geschwülste überwiesen.

Lack erwähnt noch auf Anfrage, dass temporäre Ligatur von Arterien bei der Operation ohne Schaden vorgenommen wurden.

Lambert Lack: Knöcherne Geschwulst eines Nasenloches. Demonstration eines Präparates, an welchem man ein Nasenloch durch ein knöchernes Septum in seiner Mitte verschlossen sah.

W. Charlton: Multiple Papillome des Larynx. Präparat von der Leiche eines Kindes, was plötzlich unter Athemnoth gestorben war.

C. A. Parker: Ein Fall von Pachydermia laryngis, der seit 2 bis 3 Jahren in Beobachtung war und von mehreren Chirurgen nach verschiedenen Methoden ohne Erfolg behandelt worden war. Es fand sich nichts von Tuberculose.

Dundas Grant: Tumor an der Zungenbasis bei einer jungen Frau. Eine grosse unregelmässige Geschwulst; Diagnose und Behandlung.

de Santi verlangt mikroskopische Untersuchung, er hält die Geschwulst für Sarkom.

Lack hat selbst einen Fall beobachtet, bei welchem er eine ähnliche Geschwulst für versprengtes Schilddrüsengewebe ansah.

Der Vorsitzende und Powell halten die Geschwulst für bösartig.

Atwood Thorne: Ulceration der Zungenspitze bei einem 52jährigen Mann. Ein Fall zur Diagnose.

Es entstand eine Meinungsverschiedenheit, ob es sich um Epitheliom oder syphilitische Erkrankung handelte.

Sitzung vom 17. Juni 1901.

Vorsitzender: E. Cresswell Baber.

de Havilland Hall: (Tuberculöse?) Ulceration des Larynx bei einem 48jährigen Manne. Es handelt sich um einen Soldaten, der syphi-

litische Infection leugnet und eine Infiltration beider Lungenspitzen, sowie spärliche Tuberkelbacillen im Sputum aufweist. Unter antisyphilitischer Behandlung tritt wesentliche Besserung ein.

St. Clair Thomson hält in Uebereinstimmung mit Hall den Fall für eine tuberculöse Erkrankung bei einem Syphilitischen.

St. Clair Thomson: Ein Fall von maligner Larynxgeschwulst bei einem 52jährigen Manne. Die Krankheitserscheinungen bestehen seit 5 Monaten. Die vorderen $^4/_5$ des rechten Stimmbandes und das vordere Drittel des linken Stimmbandes werden von einer unregelmässigen papillomatösen Geschwulst eingenommen, die weissliche Excrescenzen trägt und vermuthlich maligner Natur ist.

Spencer und Waggett dringen auf Laryngofissur.

Thompson weist auf die Gefahr der Stenose nach Entfernung von ausgedehnten Partien der Stimmbänder hin.

Sir Felix Semon theilt mit, dass er schon einige Male beide Stimmbänder excidirt habe, ohne Stenose danach eintreten zu sehen.

St. Clair Thomson: Ein Fall von Stirnhöhleneiterung, 14 Tage nach der Operation.

Herbert Tilley: Demonstration der Resultate nach Operation der Stirnhöhle von aussen an 3 Fällen. Die 3 Fälle beweisen dauernd günstige Resultate der Operation und minimale Narbenbildung.

Vinrace, Powell, Mackenzie, Johnston, Potter und der Vorsitzende treten in die Discussion der Fälle ein. In Beantwortung einer Anfrage Spencers betont Tilley, dass unter 23 Fällen von Stirnhöhleneiterung 10 doppelseitige waren.

Thomson hebt hervor, dass die Operation keineswegs eine sehr schwere sei, da der Patient schon am 4. Tage darnach das Bett verlassen konnte.

Herbert Tilley: Zwei Fälle von Thyreotomie bei bösartiger Erkrankung der Stimmbänder. Zwei Fälle, die vor 5 resp. $1^1/_2$ Jahren operirt worden sind und bisher kein Recidiv aufzuweisen haben.

Furniss Potter: Infiltration des linken Stimmbandes bei einem 28jähr. Mann. Das ganze Stimmband war roth und verdickt und von unebener granulirter Beschaffenheit. Der Zustand verschlimmerte sich nicht. Der Kranke, der seine Stimme stets sehr hatte anstrengen müssen, erfreute sich im Uebrigen ungestörter Gesundheit und bot keinerlei Zeichen von Lungenerkrankung dar.

Mac Kenzie Johnston: Ein Fall von Sarkom der Tonsille mit Demonstration des mikroskopischen Präparates. Es handelt sich um einen 28jährigen Mann, der bei einer ersten Untersuchung vor 7 Monaten eine erhebliche Vergrösserung der einen Tonsille hatte, die schon seit 3 Monaten bestand. Die Untersuchung eines excidirten Stückes ergab ein schnellwachsendes Rund-



zellensarkom (Dr. Gulland). David Wallace führte die Operation aus, indem er die Tonsille nach temporärer Resection des Unterkiefers entfernte. Es wurden gleichzeitig 2 vergrösserte Drüsen exstirpirt; bisher kein Recidiv.

Mac Kenzie Johnston: Demonstration käsiger Massen aus exstirpirten adenoiden Tumoren. Ein gutes Beispiel von einem nicht gerade seltenen Vorkommniss.

St. Clair Thomson erinnert sich an einen Fall, in welchem derartige käsige Massen recidivirende Anfälle von Laryngitis und Bronchitis hervorzurufen schienen.

Donelan: Abbildung von einem Aortenaneurysma, bei dem als einziges Symptom während des Lebens linksseitige Stimmbandlähmung vorhanden war. Aphonie, leichte Dyspnoe; Schmerzen im linken Arm; linksseitige Stimmbandlähmung. Patient bekam plötzlich Angina pectorisähnliche Anfälle und starb im Kollaps. Es handelte sich um ein kleines ovales Aneurysma an der hinteren oberen Wand der Aorta, welches den Nervus recurrens comprimirte.

Fitzgerald Powell: Abstossung (Separation) der oberen seitlichen knorpeligen Partien des Nasenseptums bei einem 25jährigen Mann. Es hatte sich in diesem Falle 7 Monate nach heftigem, von Nasenbluten gefolgtem Ausschnauben ein Septumabscess gebildet, der eröffnet wurde. Aeussere Depression an der Verbindung von knorpeliger und knöcherner Nasenscheidewand; theilweise Sequestirung des Knorpels.

Walther Spencer: Ein Fall von chronischer Ulceration des Septums (Tuberculose?). Eine junge Frau, vielfacher Staubinhalation exponirt. Ulceration an der Nasenscheidewand seit einem Jahre. Kein Zeichen von Tuberculose.

Parker hält den Fall für trockene Rhinitis.

A. Hudson: Ein Apparat für Vibrationsmassage.

Sir Felix Semon: Drei Fälle von doppelseitiger Abductorenlähmung bei Tabes dorsalis. Fall 1: 51jähr. Mann. Seit 3—4 Jahren Tabes. Deutliche, fast complete doppelseitige Abductorenlähmung. Tracheotomie. Semon macht darauf aufmerksam, dass die inspiratorische Einwärtsbewegung der Stimmbänder seit der Tracheotomie aufgehört hat. Diese Thatsache spricht für die alte Ansicht, der auch der Vortr. beipflichtet, dass diese inspiratorische Einwärtsbewegung der Stimmbänder ein rein mechanisches Phänomen darstellt, hervorgerufen durch die Luftverdünnung unterhalb der Stenose.

Fall 2: 32jähr. Mann. Tabes seit 3 Jahren, doppelseitige Abductorenlähmung mit Parese des Thyreoarytaenoideus und Interarytaenoideus. Bei tiefer Inspiration wird die Glottisspalte durch die Annäherung der Processus vocales ungefähr in zwei Hälften getheilt.

Fall 3: 30jähr. Mann. Tabes seit 2—3 Jahren. Beträchtliche, doppelseitige und assymetrische Abductorenlähmung mit leichter Parese der inneren Stimmbandspanner. Auf Anfragen bezüglich der Nothwendigkeit der Tracheotomie in diesen Fällen spricht sich der Vortragende in ähnlicher Weise aus, wie in der vorigen Sitzung und macht auf die Lähmung der Musculi interarytaenoidei aufmerksam, die in der Regel etwas später auf die primäre Abductorenlähmung folgt, als diejenige der inneren Stimmbandspanner. Er sieht in dem Tragen einer Canüle eine mehr theoretische als wirkliche Gefahr. Ernest Waggett.

---

e) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

VII. Sitzung. 21. April 1901. Köln.

Anwesend 27 Mitglieder.

I. Reinhard (Duisburg): Ueber primären retroauriculären Verschluss durch die Klemmnaht.

II. Hopmann (Köln): a) Anomalien des Nasenrachenraums, erläutert an 2 Fällen von Naseneiterung mit sog. Reflexneurosen.

Im ersten Falle, bei einem 33jähr. Schlosser, zeigten sich seit 2 Jahren Migräne-Erscheinungen bes. rechterseits, die sich bis zu Lichtscheu, Blepharospasmus und Thränenträufeln steigerten. Eiterung der Nase hatte schon seit Jahren bestanden. Eine Nebenhöhlen-Erkrankung konnte nach dem Resultat der Durchleuchtung ausgeschlossen werden. Die Secretion wurde durch Mulleinlagen herabgesetzt.

Beide untere Muscheln zeigten sich atrophirt, die mittlere linke hypertrophirt. Die Tubenwülste im Nasenrachenraum stehen abnorm nahe, der obere Rachenraum ist seitlich verengt. Ferner ragen die hinteren Enden der mittleren Muscheln frei in den Nasenrachenraum, und ist der hintere Vomerrand nach vorn verschoben. Es handelte sich, wie H. durch Messen fessgestellt hat, um eine Verlängerung des Nasenrachenraums und eine ganz erhebliche Verkürzung der Scheidewand in der Richtung von vorn nach hinten. An einem Abdruck des Nasenrachenraums ist deutlich eine Vorlagerung des Vomer zu erkennen; die beiden Choanen-Ebenen stossen unter einem spitzen Winkel zusammen.

Die Eindickung und Borkenbildung des Secrets wurde durch regelmässiges Einlegen von Mullstreifen und Bestäubung mit Sozojodol beseitigt, wodurch auch die Migräneanfälle fast vollkommen geschwunden sind. H. erinnert an seine früher veröffentlichten Septummessungen resp. an die relative Septumkürze bei Ozaena genuina, welche nach ihm auf Verkümmerung des Nasenskelets beruht, dessen wenig widerstandsfähige Schleimhaut sowie die abnorm weiten Riechspalten die Eiterinfection wesentlich begünstigen. Wenn es sich im vorliegenden Falle nach H. auch nicht um eine reine Ozaena genuina handelt, so ist doch die Wechsel-

beziehung von congenitaler Abnormität der Skeletentwicklung der Nase und eitriger Schleimhautentzündung sowie daraus resultirenden Migräneerscheinungen leicht zu erklären.

Im zweiten Falle, bei 18jähr. jungen Manne, handelte es sich um Behinderung der nasalen Athmung und daraus resultirenden Beschwerden, die in heftigen Anfällen von trockenem Husten gipfelten, welche durch Berührung des Rachendachs mit der Sonde ausgelöst werden konnten. Auch in diesem Falle handelte es sich (neben Hypertrophie der Rachenmandel) um angeborene Enge des Rachengewölbes und Kleinheit der Choanen nebst Verdickung des Septum und eitriger Rhinitis. Die mit letzterer verbundene Borkenbildung wurde auch in diesem Falle durch Mulleinlagen fast beseitigt und nach Abtragung der Rachenmandel und der Septumverdickung sind auch die übrigen Beschwerden und paroxysmalen Hustenanfälle geschwunden. H. demonstrirt Abdrücke des N-R. vor und nach der Operation.

b) Kirschkernrhinolith. Der Rhinolith wurde aus der hinteren Hälfte des linken unteren Nasenganges entfernt und hatte bereits zu eitriger Rhinitis sowie zu Thränenträufeln geführt.

c) Idiopathischer Retropharyngealabscess bei einem Erwachsenen. Der Pat., ein 22jähr. kräftiger Mann, erkrankte nach einem kalten Trunk plötzlich an Schluckbeschwerden (Angina?) mit Fieber, zu denen sich nach einigen Tagen Athemnoth und Erstickungsanfälle gesellten. Es zeigte sich, als H. 18 Tage nach Beginn der Erkrankung den Pat. sah, an der hinteren Rachenwand eine schwappende, tief nach unten reichende Geschwulst. Nach Incision wurden ca. $^2/_3$ Liter rahmigen Eiters entleert, der beim Bücken des Pat. (eine Bewegung, die derselbe vor der Incision nicht ausführen konnte) in grossen Massen nachströmte; der Abscess hatte sich also bis in die Brustwirbelpartie gesenkt. Eine Erkrankung der Wirbelsäule war nicht zu constatiren. Am folgenden Tage wurde eine ausgiebigere Spaltung vorgenommen; ein Versuch, den unteren Blindsack der Abscesshöhle zu tamponiren, misslang, doch ging die Heilung, nachdem Pat. einige Tage mittelst Schlundsonde ernährt war, in 3—4 Wochen glatt von statten. Pat. hatte während dieser Zeit 17 kg an Gewicht verloren.

H. macht auf die Gefährlichkeit dieser Abscesse aufmerksam: unter 18 Fällen von Retropharyngealabscess Erwachsener nicht spondylitischer Herkunft sind 6 Todesfälle verzeichnet.

Die Ursache dieser Abscesse dürfte meistens in Entzündung und Vereiterung der retropharyngealen Drüsen zu suchen sein.

d) Vorstellung eines Falles von halbseitiger Zungenphlegmone. In der rechten Seite des Zungenrandes ist eine harte schmerzhafte Anschwellung zu constatiren, die im Anschluss an eine Mandelentzündung auftrat. Nach H.'s Ansicht dürfte die Schwellung durch heisse Getränke, die P. zur Beseitigung der Entzündung anwandte, entstanden sein.

Discussion: Schmithuisen, Keller, Lieven, Schuster, Kronenberg, Reinhard.

III. Lieven (Aachen): „Ueber extragenitale Syphilisinfection an den Lippen". L. erläutert das klinische Verhalten des Lippenschanker und widerspricht der Auffassung, dass dieselben den genitalen Sclerosen glichen; beim sogenannten erosiven Schanker der Lippe ist nur eine lamellöse Härte und ein ganz oberflächlicher Epitheldefect vorhanden.

Discussion: Schuster, Hopmann.

IV. Kronenberg (Solingen): Ueber Behandlung von Strumen mit parenchymatösen Injectionen. K. empfiehlt die Injectionsbehandlung bei nicht complicirten rein parenchymatösen Kröpfen und ist der Ansicht, dass dieselbe trotz der weit vorgeschrittenen Technik der Strumectomie ihre Berechtigung habe, zumal alle medicamentösen Behandlungen (Jod und Thyreoidin) meistens im Stich lassen. Von den Injectionen von Jodtinctur ist man ziemlich zurückgekommen, da eine Anzahl von Todesfällen nach ihrer Anwendung bekannt wurden.

K. hält das zuerst von Mosetig empfohlene Jodoform für das geeignetste Mittel; er benutzt es in Lösung von Jodoform 1,0, Ol. olivar. Aether sulf. aa 7,0; oder Jodoform 1,0, Aether sulf. 14,0. Es wird unter sorgfältiger Asepsis eine nicht zu enge Canüle in das Parenchym der Struma eingeführt und, wenn aus der Canüle Blutung erfolgt, dieselbe in anderer Richtung (ohne einen zweiten Hautstich) wieder eingeführt. Die Injectionen von 1 g werden 1—2 mal wöchentlich gemacht und sah K. unter ca. 300 Injectionen keinen einzigen unangenehmen Zufall, abgesehen von einem kleinen Abscess an einer Injectionsstelle. Die Beschwerden nach der Injection waren sehr gering. Es wurden 21 Patienten damit behandelt; die Anzahl der Injectionen bei jedem einzelnen betrug ca. 12. K. hatte in 11 Fällen einen vollkommenen Erfolg zu verzeichnen.

V. Brauner (Köln) stellt einen Fall von flächenhafter Verwachsung des Kehldeckels mit dem Zungengrunde vor. Ein ähnlicher auf Lues zurückzuführender Fall wurde von Rischawy (Wiener kl. Rundschau. 1899. No. 28) veröffentlicht. In B.'s Fall ist der Beweis syphilitischer Infection nicht zu erbringen, doch ist trotzdem wohl der Process als gummös aufzufassen. Der 52jährige Patient consultirte B. wegen Halsschmerzen und Schluckbeschwerden, die so gross waren, dass er nur Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. Bei der Untersuchung zeigte sich der Kehldeckel, dessen Rand etwas ulcerirt war, mit etwa $^4/_5$ seiner lingualen Fläche dem Zungengrunde adhärent. Das Kehlkopfinnere ist intact, ebenso scheinen auch alle übrigen Organe gesund zu sein. Die hinteren Zungenpartien sind infiltrirt; äusserlich, namentlich rechts ein derber indolenter Drüsentumor; da die Tumoren auf Jodkali zurückzugehen scheinen, dürfte die Diagnose Lues wohl berechtigt sein.

VI. Moses (Köln): I. Ein Fall von Carcinoma myxomatodes des Schläfenbeins. II. Ueber multiple Larynxpapillome. M. stellt einen 11jährigen Patienten vor, der bereits 1 Jahr vorher anderweitig endolaryngeal operirt wurde. Als derselbe in M.'s Behandlung kam (September 1900), war fast die ganze Rima glott. von papillomatösen Wucherungen ausgefüllt, die sich theils

unter den Stimmbändern, theils von den Stimmbandrändern selbst ihren Ursprung hatten. Es gelang bei dem ausserordentlich geduldigen Patienten, die Tumormassen, die zusammen ungefähr die Grösse von 2 Kaffebohnen hatten, in 3 Sitzungen zu entfernen; später wurde mit entsprechend seitlich abgebogenen scharfen Löffeln und galvanokaustischen Brennern der Mutterboden der Tumoren an und unter den Stimmbändern behandelt; die Stimme ist bei der Demonstration klar, das Larynxbild bis auf 2 kleine Unebenheiten der Stimmbänder normal. Bei der letzten Untersuchung am 13. September 1901 war der Larynx recidivfrei. Die Möglichkeit, bei Kindern in solch radicaler Weise endolaryngeal operiren zu können, dürfte zweifellos selten sein; jedenfalls ist in ähnlichen Fällen, auch bei Recidiv, endolaryngeale Operation berechtigt, da selbst mittelst Thyreotomie wohl kaum eine gründlichere Entfernung der Tumoren möglich sein dürfte. Es ist freilich oft unmöglich, bei Papillomen der Kinder die Laryngotomie zu vermeiden, ein Versuch, endolaryngeal zu operiren, sollte aber immer gemacht werden, zumal die Laryngotomie auch keine Sicherheit gegen Recidive giebt und die Gefahr für die Stimme bei endolaryngealer Operation geringer sein dürfte.

Moses (Köln).

III. Briefkasten.

Neunte Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Am 19. Mai (Pfingstmontag) wird die neunte Versammlung süddeutscher Laryngologen stattfinden. Das ausführliche Programm erscheint am 1. Mai. Anmeldungen wolle man an den Schriftführer, Dr. Avellis, Frankfurt a/M., richten.

Eine stimmphysiologische Anfrage.

Hochgeehrter Herr Professor.

Im 3. Heft 1902 des Centralblattes für Laryngologie hat Herr Prof. Barth eine stimmphysiologische Anfrage von Dr. G. Spiess beantwortet und meint, es handle sich um eine Verwechslung zwischen Klangfarbe und Tonhöhe; indess ist Herr Prof. Barth selbst das Opfer einer Täuschung geworden, indem er nicht mit dem Umstande rechnet, dass in den meisten Fällen ein einigermaassen musikalischer Mensch durch veränderte Spannung der Stimmlippen oder durch veränderte Stärke des Anblasens die Tonhöhe reguliren wird, falls irgend ein anderer der dieselbe bestimmenden Factoren geändert wird. Ich habe an mir selst den Spiess'schen Versuch nachprobirt, und ich glaube als geübter Sänger so viel Herrschaft über die Spannung meiner Stimmlippen sowie über die Stärke des Anblasens zu haben, dass ich beide völlig constant zu halten vermag; es zeigt sich dann, dass beim Verschliessen des einen Nasenlochs der hervorgebrachte Ton deutlich tiefer wird (ausser einiger Aenderung der Klangfarbe); wenn ich den Ton in gleicher Höhe halten will, geschieht es hauptsächlich durch verstärktes Anblasen.

Auf die Erklärung des Phänomens werde ich nicht näher eingehen, sondern nur bemerken, dass mir die von Herrn Dr. Gutzmann gegebene Erklärung völlig zutreffend erscbeint.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Jörgen Möller, Kopenhagen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, Mai. 1902. No. 5.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Varia.

1) **Ed. Streissler. Zur vergleichenden Anatomie des M. cucullaris und M. sternocleidomastoideus.** (Aus der anatom. Anstalt der Univers. Graz.) *Arch. f. Anat. u. Physiol. 1900.*

Die Homologisirung der verschiedenen Portionen im Bereich des Sternocleidomast. des Menschen mit den gleichbenannten Muskeln bei den übrigen Thieren erhellt aus S.'s Untersuchungsbefunden.

Man erkennt eine Gruppirung in eine oberflächliche und tiefe Schicht, deren erstere aus einem Sternomastoid. superfic., sternooccipit. und cleidooccipit., letztere aus einem sternomastoid. prof. und cleidomastoid. sich zusammensetzt.

Der Cucullaris der Affen und des Menschen ist kein einheitlicher Muskel, sondern er besteht aus 3 Muskeln: dem dorsoscapular. sup., inf. und dem cleido-occipitocervicalis, welch letzterer als fremdes Element sich den beiden dorsoscapulares angegliedert hat und eigentlich dem Gebiete des sternocleidomast. angehört.

A. ROSENBERG.

2) **B. J. Norris. Recidivirende Branchialcyste. (Recurrent branchial cyst.)** *Indiana Medical Journal. November 1901.*

3 Monate nach sorgfältig ausgeführter Operation trat ein Recidiv auf, das eine zweite Operation erforderlich machte.

EMIL MAYER.

3) **H. J. Butlin** (London). **Eine klinische Vorlesung über die chirurgische Behandlung tuberculöser Halsdrüsen.** Gehalten im St. Bartholomäus Hospital 5. Juni 1901. **(A clinical lecture on the surgical treatment of tuberculous glands in the neck.)** Delivered ad St. Bartolomew's Hospital 5. Juni 1901.) *The Clinical Journal. 4. September 1901.*

Verf. verbreitet sich über das Vorkommen tuberculöser Drüsenschwellungen bei Kindern und im jugendlichen Alter und ist der Ansicht, dass $^9/_{10}$ aller chronischen Drüsenleiden auf Tuberculose zurückzuführen sind. Wo die Drüsen vereitern, oder käsig zerfallen, oder characteristische Geschwüre vorhanden sind,



ist die tuberculöse Natur der Erkrankung zweifellos. Die Drüsenaffection kann vergesellschaftet sein mit vergrösserten Tonsillen, adenoiden Wucherungen, oder anderen Erkrankungen im Halse tuberculösen Characters. Die Drüsenschwellungen können 1. heilen, wie tuberculöse Affectionen anderer Organe, 2. dauernd vergrössert bleiben und zwar während 3—4 Jahren oder noch länger, 3. können vorübergehende entzündliche Veränderungen auftreten und 4. können die Drüsen vereitern und käsig zerfallen. Auch können sie schliesslich verkalken. In Folge von Verbreitung der Entzündung auf die umgebenden Gewebe kann Periadenitis eintreten und die Drüsen mit den Gefässen, Nerven und Muskeln verwachsen, oder aber der Process dehnt sich nach der Oberfläche zu aus, durchbricht die Haut und bildet typisch tuberculöse Geschwüre mit secernirenden Buchten und Unterminirungen. Verf. ist der Ansicht, dass derartige Fälle häufig zu lange intern behandelt werden. Wenn sie zum Chirurgen kommen, sind sie gewöhnlich auch schon reif zur Operation. Hinsichtlich der chirurgischen Behandlung theilt Verf. die tuberculösen Halsdrüsenschwellungen in 4 Gruppen ein: 1. in Fälle, bei denen eine Drüse zu erweichen beginnt, und die Haut darüber noch unverändert ist. Anfängliche Behandlung: Punction und Drainage. 2. In Fälle, wo die Drüsen nicht entzündlich sind, aber ganz allmälig grösser werden. 3. In Fälle, wo die Haut adhärent und geröthet ist. 4. In Fälle, die mit Ulceration einhergehen. Die Incision am Halse soll, um spätere Entstellungen zu vermeiden, nur klein sein und nur wenn nöthig erweitert werden. Drüsen aus dem vorderen Halsdreieck sollen womöglich von der Incision aus, die für die Entfernung im hinteren Halsdreieck angelegt worden ist, mit entfernt werden. Die Lostrennungen mit dem Messer sollen, abgesehen von den Fällen, wo Verwachsungen bestehen, soviel als möglich eingeschränkt werden. Wenn Eiter vorhanden ist, muss derselbe sorgfältig mit antiseptischer Gaze und evtl. auch durch Canülendrainage entfernt werden. Die Wunde wird mit ganz feiner Seide geschlossen und die Nähte spätestens am 3. Tag entfernt. Verf. betont insbesondere die Gefahr schwerer Blutungen und der Verletzungen des Nervus accessorius.

JAMES DONELAN.

4) **E. G. Irisbie. Interne Behandlung der Lymphdrüsenschwellungen bei Kindern. (Medical treatment of lymphadenitis in children.)** *Occidental Medical Journal. September 1901.*

Bei Drüsenschwellungen, die mit rheumatischen Beschwerden einhergehen, hat Verf. Jodtinctur (100 Tropfen täglich für Erwachsene, bei Kindern entsprechend weniger) erfolgreich angewandt.

EMIL MAYER.

5) **Notiz des Herausgebers. Die Verbreitung von Tuberkelbacillen durch hustende Kühe. (The Dissemination of the tubercle bacilli from cows in coughing.)** *Journal American Medical Association. 16. Februar 1901.*

Am gefährlichsten für die Verbreitung der Tuberkelbacillen ist der Mensch durch die Verbreitung des Auswurfs, denn erwiesenermaassen sind auch in den kleinsten durch den Hustenact zerstäubten Partikelchen Tuberkelbacillen enthalten. Wenn auch tuberculöse Thiere durch Verbreitung des Auswurfs nicht gefährlich werden können, so können sie doch Husten haben und auf diese Weise zur Zer-

streuung der Bacillen beitragen. Durch Experimentaluntersuchung wird die Möglichkeit dieses Verbreitungsmodus erwiesen.
EMIL MAYER.

6) **Vacchini. Beitrag zum Studium des sogenannten Drüsenfiebers. (Contributo alla conoscenza cosi della febbre ganglionare.)** *Annali di Laringologia etc. Juni 1901.*

In vorliegender kritischer Arbeit über die zuerst von Pfeiffer beschriebene und von ihm als Drüsenfieber bezeichnete Erkrankung gelangt Verf. zu dem Schluss, dass dieselbe durch die verschiedensten im Pharynx sich localisirenden Mikroorganismen bedingt sein könne, dass die Ausführungen Pfeiffer's und anderer Autoren, die darauf hinzielen, die in Frage stehende Erkrankung als eine solche sui generis hinzustellen, hinfällig seien und es sich bei ihr um nichts anderes handle, als um eine gewöhnliche Infection der obersten Luftwege mit Eitererregern.
FINDER.

7) **Brunard. Recidivirende Masern mit Dyspnoe, Croup und Pneumonie. (Rougeole dyspnéique avec rechute, croup et pneumonie.)** *La Clinique. No. 29. 1901.*

3jähriger Junge bekommt den Croup; am 10. Tage seiner Erkrankung an Masern; Intubation; Injectionen mit Behring'schem Serum; trotz der Intubation Zunahme der Stenose, welche die Tracheotomie erforderlich macht. Darauf Pneumonie, Heilung nach 3 Wochen.
BAYER.

8) **L. Frothingham. Die Diagnose der Rotzkrankheit nach der Strauss'schen Methode. (The diagnose of Glanders by the Strauss Method.)** *Journal Medical Research. November 1901.*

Strauss war der erste, der beobachtete, dass Meerschweinchen, denen virulente Rotzbacillen in die Bauchhöhle eingeimpft wurden, im Verlauf weniger Tage an eigenartigen eitrigen Erkrankungen des Peritoneums erkranken. Es werden zwei Fälle derartiger Erkrankungen beim Menschen mitgetheilt, die beweisen, dass die Methode zur Diagnose, die in beiden Fällen nur auf diese Weise zu stellen war, werthvoll ist. Daher empfiehlt Verf. diese Art des Nachweises auf's wärmste.
EMIL MAYER.

9) **Stiller** (Budapest). **Pneumothorax durch Niesen bei gesunden Lungen.** *Wien. med. Wochenschr. 1901. No. 18.*

Durch einen heftigen Niesact kam es zu maximaler Luftansammlung in der Pleurahöhle mit consecutiver Umstülpung der Concavität des Zwerchfells nach unten und Luxation der Leber, die als grosser Tumor die Oberbauchgegend vorwölbte. Nach einer Woche konnte keine Spur von Pneumothorax mehr nachgewiesen werden. — Es dürfte sich um einen exspiratorischen Riss handeln.
CHIARI.

10) **Schoen. Ueber Kopfschmerzen.** *Wien. klin. Rundschau. 1901. No. 31—36.*

Der Autor macht die Kopfschmerzen zum Gegenstande einer ausführlichen Besprechung, die sich nicht für ein kurzes Excerpt eignet.
CHIARI.



11) **E. Bürgi** (Bern). **Der respiratorische Gaswechsel bei Ruhe und Arbeit der Lungen.** (Aus dem physiol. Inst. der Univ. Bern.) *Arch. f. Anat. u. Physiol. 1900.*

Der respiratorische Gaswechsel des ruhenden Menschen nimmt in der Höhe nur unerheblich zu.

Die gleiche Arbeit steigert in der Höhe den respiratorischen Gaswechsel mehr als am Fusse des Berges.

Durch Trainirung in der Höhe wird der respiratorische Gasaufwand des Bergsteigers derart gemindert, dass gleiche Steigarbeit am Gipfel wie am Fusse des Berges dieselbe Kohlensäureausscheidung veranlasst. A. ROSENBERG.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Noble W. Jones. Das Vorkommen virulenter Tuberkelbacillen in der gesunden Nasenhöhle bei gesunden Personen. (The presence of virulent tubercle bacilli in the healthy nasal cavity of healthy persons.)** *N. Y. Medical Record. August 1900.*

Verf. bespricht in seiner fleissigen und interessanten Arbeit die Rolle des Staubes als Infectionsträger und die dadurch mögliche Inhalation der Tuberculose. Es erheben sich folgende Fragen: 1. Finden sich Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle gesunder Personen, die ordnungsmässig leben? 2. Finden sie sich in dem Verhältniss, wie es Strauss in seinem Werke angiebt, bei Leuten, die in mehr oder weniger inniger Berührung mit tuberculösen Personen leben? und wann oder bei welcher Lebensweise können wir erwarten Tuberkelbacillen in der Nase vorzufinden? Zur Beantwortung dieser Fragen hat Verf. verschiedene Experimente angestellt, indem er nachforschte, ob sonst tuberculosefreie Personen unter Umständen, wie ihnen alle Bewohner einer Grossstadt ausgesetzt sind, Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle haben. Auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen kommt er zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. dass virulente Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle gesunder Personen, die in gewöhnlicher Weise leben, gefunden werden und 2. dass sie bei solchen Personen doch seltener gefunden werden, als bei Leuten, denen die Wartung von Tuberculösen obliegt. LEFFERTS.

13) **Notiz des Herausgebers. Das Vorkommen des Tuberkelbacillus in der gesunden Nasenhöhle. (The presence of bacillus tuberculosis in the healthy nasal cavity.)** *Journal American Medical Association. 19. Januar 1901.*

Die Untersuchungen von Flügge, R. Sticker, Laschtschenko, Beninde, Heymann und Jones werden kurz referirt. Es geht daraus hervor, dass Tuberkelbacillen in der Nase des gesunden Menschen unter normalen Lebensbedingungen vorkommen aber nicht so häufig wie bei Leuten, die mit Tuberculösen zu thun haben. EMIL MAYER.

14) **L. Bar** und **V. Texier. Nasentuberculose. (Nasal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 22. December 1900.*

Mittheilung von 3 Fällen. Der erste begann mit Symptomen von Nasen-

polypen. Der zweite als granulirende Erkrankungsform und der dritte als ulcerirende polypöse Erkrankung. Zur Behandlung empfiehlt Verf. Curettement und Milchsäureapplicationen nach vorausgehender Cocainisirung; unter Umständen sind Scarificationen nöthig mit nachfolgender Injection von Jodoformglycerin, Mentholöl oder Orthoform. Wichtig ist in diesen Fällen systematische Behandlung.

LEFFERTS.

15) **Willard G. Reynolds. Tuberculose von Nase und Pharynx. (Tuberculosis of nose and pharynx.)** *Brooklyn Medical Journal. October 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYRR.

16) **V. Hinsberg. Ueber Augenerkrankungen bei Tuberculose der Nasenschleimhaut und die Milchsäurebehandlung der letzteren.** (Aus der Univers.-Poliklinik f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh. zu Breslau.) *Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. XXXIX. Heft 3. 1901.*

Von 9 Patienten mit Tuberculose der Nasenmucosa zeigten 5 Erkrankungen der Thränenwege resp. des Auges und seiner Umgebung; und zwar bestand zwischen beiden Erkrankungen ein Causalnexus. Im 1. Falle Tuberculose der Nasenschleimhaut, des weichen Gaumens und der Epiglottis. Tuberculose des linken Thränencanals und der linken Conjunctiva, entzündlich hyperplastische Veränderungen der Conjunctiva rechts. Die chirurgische Behandlung und Milchsäureapplication brachten die Nase zur Heilung, ermöglichten die Exstirpation des rechten Thränensacks und brachten die Erscheinungen an der rechten Conjunctiva zum Schwinden. Fall 2. Tuberculöser Granulationstumor an der linken Muschel; Tuberculose des linken Thränensackes und tuberculöses Ulcus in der Conjunctiva tarsi links. — Schon vor 3 Jahren war eine Excision eines tuberculösen Ulcus am Oberlid vorgenommen worden; aber es trat ein Recidiv ein, weil die Nasenaffection nicht berücksichtigt worden war. Fall 3. Tuberculose der Nasenschleimhaut beiderseits. Geheilte Dacryocystitis links. Tuberculöses Infiltrat am linken Unterlid. Ausräumung der Granulationsmassen und Milchsäuretamponade, Besserung des linken Augenlides. Fall 4. Tuberculöser Granulationstumor am Nasenseptum. Strictur des linken Thränennasencanals, Phlyctänen am linken Auge. Erst die consequent durchgeführte Milchsäuretamponade brachte für's erste den Process zum Stillstand. Fall 5. Lupus der Nasenschleimhaut beiderseits, ausgeheilter Lupus der Nasenspitze. Dacryocystitis links. Milchsäuretamponade, Besserung der Nasenaffection und des Thränenträufelns.

H. empfiehlt zur Behandlung der Nasentuberculose die lange Zeit fortgesetzte tägliche Anwendung von mit 80 pCt. Milchsäure getränkten Wattetampons (bis zu 3 Stunden); bei längerer Dauer der Behandlung empfiehlt sich mit concentrirten und verdünnten Lösungen zu wechseln und ein Zusatz von Jodoformbrei.

A. ROSENBERG.

17) **Freudenthal** (New-York). **Ueber luetischen Primäraffect der Nase.** *Klin.-therap. Wochenschr. 1901. No. 24.*

Die Krankheit betraf einen Collegen, der sich, nachdem er eine syphilitische Frau per vaginam untersucht hatte, nach nur oberflächlicher Reinigung durch

Fingerbohren am Septum nasi inficirte. Weder die Anfangssymptome in der Nase, noch auch eine Kette geschwollener Halsdrüsen erregte den Verdacht auf Lues, da namentlich Drüsenschwellungen bei einer zur selben Zeit herrschenden Influenzaepidemie sehr häufig zur Beobachtung kamen. CHIARI.

18) **C. Parker. Bemerkungen über acquirirte Syphilis der Nase und des Rachens. (Notes on acquired Syphilis of the Nose and Pharynx.)** *Lancet. 26. Januar 1901.*

In Fällen von tertiärer Syphilis ist Quecksilber und Jodkalium zu verabreichen. Primäre Syphilis der Nase ist selten. Es folgt eine kurze Beschreibung der verschiedenen Formen syphilitischer Erkrankungen. ADOLF BRONNER.

19) **Gaile** (Lyon). **Syphilitischer Schanker des rechten Nasenloches. (Chancre syphilitique de la narine droite.)** *Société de Médecine de Lyon. 6. Mai 1901.*

Es handelt sich in vorliegendem Fall um einen ulcerirenden Schanker des rechten Nasenloches mit indurirten Rändern und characteristischen Drüsenschwellungen; seit 2 Tagen typische Roseola. PAUL RAUGÉ.

20) **Eward Doak Capps. Syphilis von Nase und Hals. (Syphilis of the nose and throat.)** *Laryngoscope. Mai 1901.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

21) **P. S. Donelan. Diagnose und Behandlung der Nasenrachensyphilis. (The diagnosis and treatment of naso-pharyngeal Syphilis.)** *Therapeutic Gazette. 15. Setember 1901.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

22) **E. B. Gleason. Syphilis von Nase und Hals. (Syphilis of the nose and throat.)** *International Medical Magazine. October 1901.*

Allgemeine Uebersicht. EMIL MAYER.

23) **Robert Levy. Tertiäre Syphilis der Nase. (Tertiary syphilis of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology und Laryngology. August 1900.*

Mittheilung von 3 Fällen. In dem ersten wurde die Diagnose auf Syphilis der Nase gestellt, aber es verschwanden alle Symptome nach Entfernung eines Schuhknopfes aus der Nase. Im zweiten Fall wurde ein Gumma als Sarcom diagnosticirt, während im dritten Fall eine für polypös angesehene Erkrankung der Nase unter antisyphilitischer Behandlung heilte. Verf. empfiehlt, die Perforationsränder zu kauterisiren und dann mit einer Salbe von Calomel und Europhen aa 1,3, Vaselin 32,0 zu behandeln. EMIL MAYER.

24) **Hochsinger** (Wien). **Zwei Fälle von hereditärer Knochen- und Nasensyphilis bei Säuglingen und ein Fall von angeborenem Myxödem.** Sitzung der Wiener dermatolog. Gesellschaft vom 14. November 1900. *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 1.*

Im ersten Falle bestand nur eine Coryza sicca ohne Exanthem. Im zweiten Falle ist unter anderem eine angeborene syphilitische Nasendeformität bemerkens-

werth, die als hereditär syphilitische, angeborene Mikro- und Hyperplatyrrhinie bezeichnet wird. Diese eigenartige Kleinnase ähnelt sehr der angeborenen deformen Nase beim cretinistischen Myxödem. (Demonstration eines solchen Falles.) Der Nasenrücken ist eingesunken und glatt, die breite häutige Nase hat grosse und normal liegende Nasenlöcher, während bei Syphilis dieser Antheil klein ist und die Nasenlöcher nach oben schauen. Bei der congenital luetischen Nase besteht ein schnüffelndes, beim Myxödem ein schnarchendes Nasengeräusch.

CHIARI.

25) **A. Phillips. Acute phagedänische Nekrose von Nase, Auge und Gesicht bei einem Syphilitiker. (Acute Phagedaena of the nose, eye and face in a syphilitic subject.)** *N. Y. Medical Record. 23. Juni 1901.*

Es handelte sich da um einen 26jährigen Soldaten, der vor 2 Jahren in Indien Lues aquirirt hatte. Es entwickelte sich zuerst ein kleines Ulcus am Gaumen, dass sich schnell ausdehnte. 14 Tage später war die ganze Nasenhöhle mit fötiden Auflagerungen erfüllt und das knorplige Septum necrotisirt. Ein anderes Ulcus nahm den einen Nasenflügel ein und die Gangrän verbreitete sich auch auf die gegenüberliegende Seite. So war im Verlauf von 3 Wochen nach der ersten Untersuchung die ganze äussere Nase necrotisirt und nach 4 Wochen starb der Patient. Die Behandlung war ganz erfolglos, nur das Curettement und die Cauterisation hatte der Ulceration im Munde etwas Einhalt gethan.

LEFFERTS.

26) **W. E. Casselberry** und **E. W. Pyle. Behandlung der hereditären Syphilis von Nase und Hals. (Treatment of heredary syphilis of nose and throat.)** *Journal American Medical Association. 9. Februar 1901.*

Zur Localbehandlung empfehlen Verff.

Jodini
Acidi tannici
Kal. jodat. aa 4,0
Glycerini 16,0
Aquae q. s. 32,0

M.D.S. Mit dem Watteträger direct auf die Geschwürsfläche zu appliciren.

Ferner:

Acidi borici 0,33
Kalii permang. 0,06
Aq. dest. 32,0
M.D.S. Zur Localbehandlung.

Oder:

Acidi carbol 0,06
Natr. bicarb. 0,36
Acid. borici 0,30
Aquae 32,0

Zur Behandlung von Ozaena bei hereditärer Syphilis:

Arsenici jodidi 0,18
Hydrarg. bijod. 0,3

Kal. jod. 4,0
Aquae dest. 128,0
M.D.S. 4 Tropfen täglich steigend je nach dem Alter.

EMIL MAYER.

27) **Jaboulay** (Lyon). **Einsinken der Nase bei Syphilis. Subcutane Vaseline-injectionen zur Verbesserung der Nasenform. (Effondrement syphilitique du nez. Injections de vaseline sous la peau pour modifier la forme du nez.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 24. Januar 1901.*

Nach mehreren vergeblichen Versuchen einer Prothese zog Verf. das Verfahren von Gersuny heran, welches in Injection von warmer Vaseline unter die Haut besteht. Diese Substanz wird nicht resorbirt und ermöglicht eine beliebige Modellirung des Organes. Im vorliegenden Fall wurden 2 ccm Vaseline mit gutem Erfolg injicirt.

PAUL RAUGÉ.

28) **B. C. Kelly. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *Jowa Medical Journal. 15. October 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

29) **Coosemans. Ueber das spontane Nasenbluten. (De l'Epistaxis spontane.)** *Annales de la Policlinique centrale. No. 4. 1901.*

Leitartikel bestimmt für den allgemeinen Praktiker. Nichts Neues.

BAYER.

30) **Aimé Paul Heineck. Ursachen und Behandlung des Nasenblutens. (Epistaxis; its causes and treatment.)** *Medical Standard. May 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

31) **Mecleod Teasley. Ursachen und Behandlungen des Nasenblutens. (Epitaxis; its causes and treatment.)** *N. Y. Medical Record. 30. November 1901.*

Verf. classificirt das Nasenbluten ätiologisch in vier Gruppen, nämlich in traumatische, in solche bei Erkrankungen der Nase, in constitutionelle und endlich in vicariirende. Es handelt sich immer darum, die Quelle der Blutungen durch sorgfältige Untersuchung mit reflectirtem Licht und dem Nasenspeculum zu finden. Wird die Untersuchung durch Blutungen gestört, so hat man vorläufig zu tamponiren und dann zu untersuchen. Die Tamponade geschieht durch möglichst weit hintergeschobene antiseptische Gazestreifen. Tamponade von hinten her ist möglichst zu vermeiden, und die Tampons dürfen nicht länger als 24—48 Stunden liegen. Blutungen bei einfachen Ulcerationen des Septums verlangen galvanokaustische Behandlung, häufig wiederholte Blutungen constitutionelle Behandlung.

LEFFERTS.

32) **George Coates. Ueber die Ursachen und Behandlungen profuser Nasenblutungen bei Leuten mittleren Alters. (On the causation and treatment of profuse epistaxis in people beyond middle age.)** *Lancet. 20. April 1901. N. Y. Medical Record. 4. Mai 1901.*

Verf. giebt Krankengeschichten von einigen Fällen, bei welchen sich ähn-

liche Ursachen für die Blutungen fanden, und zwar 1. lang andauernder arterieller Druck, 2. plötzliches Versagen der Herzthätigkeit, 3. Ueberfüllungen des ganzen Venensystems bei Herzschwäche, 4. Blutungen aus einer dilatirten Vene. Die wissenschaftlichste und erfolgreichste Behandlung dieser Fälle von Nasenbluten und ebenso auch anderer Fälle von passiven venösen Blutungen ist die Beseitigung der venösen Ueberfüllung. Solange die hochgradige Dilatation besteht, muss die Blutung fortdauern trotz der Anwendung directer mechanischer Mittel, und wenn die Blutung aus einem Nasloch gestillt ist, muss sie aus dem anderen wieder einsetzen. Wenn wir dagegen die erschlafften Wandungen der Arterien wieder zur Contraction bringen können und das geschwächte Herz anregen, werden wir bald dadurch die Ueberfüllung der Venen beseitigen. Es soll jedoch als Regel gelten, die Behandlung nicht mit den Herztonica zu beginnen. Sie muss sich vielmehr auf die capillaren und kleinen Arterien erstrecken, denn hier liegt der Grund für die Blutung, nicht aber in der Nase. Nitroglycerin ist ganz wirksam, Amylnitrit kann es ebenfalls sein, man soll zuerst eines von den schnell wirkenden Nitriten anwenden, danach ein Mittel langsamerer Wirkung, wie z. B. Errythrol, Tetranitrat oder womöglich Schilddrüsentabletten; wenn die capillaren und kleinen Arterien erweitert und offen sind, dann ist Strychnin und Strophantus am Platze. Wenn Alles unwirksam ist, so kann man zuweilen zur Tamponade genöthigt werden, aber in den meisten Fällen wird die Blutung auch ohne dieselbe zum Stehen kommen. Immerhin ist sie unbequem für den Patienten und häufig sogar gefährlich.

LEFFERTS.

33) **Burton S. Booth. Mittheilung eines Falles von Aneurysma der Carotis interna mit Anfällen von Nasenbluten und Haemoptyse mif tödtlichem Ausgang und Obduction. (Report of a case of Aneurysm of the internal Carotid atery with attacks of epistaxis and hemoptysis followed by death and autopsy.)** *Laryngoscope. August 1900.*

Es handelte sich in diesem Fall um ein Aneurysma dissecans der Carotis interna. Das Interessante an dem Fall war die naheliegende Verwechslung mit einem peritonsillären Abscess.

EMIL MAYER.

34) **G. W. Squires. Ein ungewöhnlicher Fall von Nasenbluten. (An unusual case of nose bleed.)** *N. Y. Medical Record. 22. December 1900.*

Es handelte sich hier um hartnäckige unstillbare Blutungen bei einem Mann in voller Gesundheit. Etwa 4 Monate nach dem ersten Auftreten derselben fand sich ein etwa 1 Zoll langes abgebrochenes Stück einer rostigen Nadel in der Nasenhöhle.

LEFFERTS.

35) **C. Box. Ein Fall von ausgedehnten Blutungen im Munde und der Nase bei einem Bluter im Verlauf von Scharlach. Heilung. (A case of extensive haemorrhagie into the floor of the mouth and epistaxis occuring in a haemophiliac during the course of scarlet fever; recovery.)** *Lancet. 21. September 1901.*

Titel besagt den Inhalt.

A. BRONNER.



36) **C. Kompe** (Friedrichsroda). **Die Behandlung des Nasenblutens innerhalb der Grenzen der allgemeinärztlichen Praxis.** *Bresgens Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. Marhold, Halle. Heft 2. 1901.*

Man suche sich die blutende Stelle auf und comprimire sie mittelst eines an einem Watteträger befestigten Wattebäuschchens, event. berühre man sie mit einem in Watte gewickelten Chromsäurekrystall. Starke Blutungen, deren Quelle nicht sicher zu erkennen, beendigt man mit Tamponade von vorne. Nur bei Blutungen aus den hintersten Partien der Nase verwende man die Choanaltamponade mit Salicylwatte.

Ist die Tamponade nicht anwendbar und resultatlos, so ist die locale Injection einer 10proc. warmen Gelatinelösung in die blutende Nasenhöhle von Erfolg.

Um einer Wiederholung der Epistaxis vorzubeugen, bedarf es einer Behandlung der localen und allgemeinen Ursachen — Höllensteinätzung der offen an der Oberfläche liegenden Geschwüre resp. Erweichung der Borken u. s. w., bei scrophulösen Kindern antiscrophulöse Behandlung, bei Lues congenita antisyphilitische Cur, bei Nasendiphtherie Tamponade mit antiseptischer Watte, Entfernung etwaiger Fremdkörper, bei bösartigen Tumoren chirurgisches Verfahren, bei Verletzungen Tamponade und Eisblase, nach Operationen Gelatineinjectionen, Galvanokaustik oder Trichloressigsäure. Zu den allgemeinen Ursachen zählen die Infectionskrankheiten (Tamponade), hämorrhagische Diathese, Pubertät (Ferrumpräparate), Arteriosclerose (Tamponade, leichte Kost, Sorge für regelmässigen Stuhlgang u. s. w.)

A. ROSENBERG.

37) **Phedoovitz. Gewaltsame Inspiration als Mittel zur Stillung des Nasenblutens. (Forced expansion of the chest as a means of stopping nose-bleeding.)** *International Medical Magazine. Juni 1901.*

Der Patient sitzt dabei grade auf einem Stuhl, nimmt beide Arme auf den Rücken, so dass die Finger der einen Hand den Ellenbogen des anderen Armes berühren, und führt dann bei weit offenem Munde einige tiefe Inspirationen aus. Dadurch wird die Brust ausgedehnt, die Lungen mit Blut erfüllt, die Venen der Nasenschleimhaut collabiren und die Blutung steht.

EMIL MAYER.

38) **Notiz des Herausgebers. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Rocord. 23. März 1901.*

Bei Unwirksamkeit des Compressionsverfahrens ist die Application eines mit 5—10proc. Gelatinelösung getränkten Tampons empfehlenswerth.

LEFFERTS.

39) **Charles N. Cox. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical News. 20. April 1901.*

Gewöhnlich genügt Reinigung und Tamponade des blutenden Nasenlochs. Bei den schwereren Formen von Nasenbluten sind die Mittel zur localen Blutstillung wirkungslos und müssen durch die rationelleren Mittel, die mechanisch wirksam sind, ersetzt werden. Für den Fall, dass eine vollständige Tamponade des Nasenloches nothwendig wird, bevorzugt Verf. lange, $^1/_2$—$^3/_4$ Zoll breite Streifen steriler Jodoformgaze. Hintere Tamponade soll nach Möglichkeit ver-

mieden werden. Verf. protestirt gegen die Anwendung der Monsell'schen Eisensubsulphatlösung als Stypticum wegen der steinharten Coagula, die dadurch gebildet werden. Es kann ausser der mechanischen Compression Argentum nitricum in Lösung oder mit dem Stift applicirt werden, unter Umständen genügt es auch schon allein zur Blutstillung. Als Spray auf die blutende Fläche empfiehlt Verf.:

Rp. Extr. capsul. suprarenal. 0,12
Glycerini 4,0
Aquae 12,0
M. $^1/_2$ Std. zu maceriren, filtriren und während einiger Minuten zwecks Sterilisation im Kochen zu erhalten.

LEFFERTS.

40) **van Eickhoute. Ueber die Behandlung der Epistaxis mit Sauerstoffwasser. (Du traitement de l'Epistaxis par l'eau oxygené,)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Mai 1901.*

Der Autor applicirt kleine haselnussgrosse, in Sauerstoffwasser eingetauchte Wattetampons auf die blutende Stelle, was ohne Schmerzen zu verursachen kleinere Blutungen sofort zum Stillstand bringt; bei schwereren Blutungen führt er auf den 1. Tampon einen 2., 3., 4. und 5. Tampon ein, welcher letztere, wenn er von Blut durchtränkt ist, gewechselt wird. Das Verfahren sei absolut sicher und leicht auszuführen.

BAYER.

41) **W. Lamb. Nasenbluten. (On Epistaxis.)** *N. Y. Medical News. 8. September 1900. N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Erfolgreiche Anwendung von Nebennierenextract, was auch die Blutungen bei nasalen Operationen verringert. Gleichfalls erfolgreich ist die Injection von heissem Wasser, sowie von Wasserstoffsuperoxyd. Bei Hämophilie ist Calciumchlorid nützlich.

LEFFERTS.

42) **Lewis S. Somers. Die Anwendung von wässerigem Nebennierenextract bei hartnäckigem Nasenbluten. (The use of the aqueous extract of the suprarenal gland in persistent epistaxis.)** *Philadelphia Medical Journal. März 1901.*

Unter Anwendung des Extractes heilen die Erosionen und der Ernährungszustand der Gewebe bessert sich beträchtlich, wie das bei keiner anderen Medication der Fall ist, ein Beweis, dass das Mittel auch ausser seiner bemerkenswerthen vasomotorischen Eigenschaft localen, nutritiven Einfluss hat.

EMIL MAYER.

43) **Dan Mc Kensie. Suprarenalextract gegen Nasenbluten bei Hämophilie. Suprarenal extract in the epistaxis of haemophilia.)** *N. Y. Medical Journal. 11. März 1901.*

Ein 13jähriger Knabe hatte seit 12 Tagen Nasenbluten, und viele Mittel waren bereits vergeblich angewandt worden. 3—5 g Tabloids wurden nun in 30 ccm Wasser gelöst, ein Wattebausch damit getränkt und in die Nase eingelegt, wonach die Blutung prompt stand. Der Knabe hatte seit Jahren bei jeder kleinen Verletzung stark geblutet.

LEFFERTS.

44) Villemetz. **Ueber einige Complicationen nach Tamponade der Nasenhöhle und über rationelle Behandlung rebellischer Blutungen mit vorderer Tamponade. (De quelques complications dues au tamponnement des fosses nasales et du traitement rationnel des Epistaxis rebelles par le tamponnement antérieur.)** *Thèse de Paris. 1901.*

Die vordere Tamponade, die weit weniger gefährlich als die doppelte Tamponade ist, soll als Methode der Wahl betrachtet worden.

Sie soll methodisch und antiseptisch und unter Umständen in Verbindung mit Cauterisation der blutenden Stelle ausgeführt werden.

PAUL RAUGÉ.

45) Adolph O. Pfingst. **Behandlung des Nasenblutens. (Traitment of nasal hemorrhage.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. December 1901.*

Darstellung bekannter Thatsachen, merkwürdiger Weise ohne Erwähnung der so wirksamen Gelatinebehandlung.

EMIL MAYER.

46) E. Harrison-Griffin. **Die hämorrhagische Diathese in ihrer Beziehung zu Operationen in Nase und Hals. (The haemorrhagic diathesis in relation to operation on the nose and throat.)** *N. Y. Medical Record. 7. December 1901.*

In Anbetracht der Schwierigkeit, Blutungen aus Nase und Hals bei hämorrhagischer Diathese zu stillen, sollen operative Eingriffe an solchen Patienten möglichst vermieden werden. Mittheilungen von zwei Fällen, wo unter solchen Umständen doch operative Eingriffe an den Muscheln und Tonsillen vorgenommen worden waren. In schweren derartigen Fällen wird die Tamponade gewöhnlich unvermeidlich. Wenn irgend möglich, soll nur die vordere Tamponade gemacht werden. Verfasser empfiehlt die Verabreichung von Morphium zur Beruhigung der Patienten bei den blutstillenden Manipulationen.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

47) Kissel (Moskau). **Ein Fall von Noma (nach Masern) bei einem 5jährigen Knaben mit Ausgang in Heilung trotz Complication mit blutigem Durchfall und Pneumonie.** *Arch. f. Kinderheilkde. 32. Bd. 1. u. 2. H. 1901.*

Die nomatösen Geschwüre wurden ausgekratzt mit heisser (40° C.) Kalihypermanganicumlösung (1 : 4000) ausgewaschen und in die Geschwürsflächen Jodoformpulver eingerieben.

SEIFERT.

48) Strauwen. **Noma geheilt durch antidiphtherisches Serum. (Noma guéri par serum antidiphtéritique.)** *La Presse Méd. Belge. No. 27. 1901. Annales de la Soc. Méd. Chir. du Brabant. No. 7. 1901.*

St. hat zwei Fälle von Noma beobachtet; der eine betrifft ein 2 Monate altes Kind, welches erlag, der andere ein 5jähr. Mädchen von guter Constitution, bei welchem ein cariöser unterer Backenzahn den Ausgangspunkt der Affection bildete. Die linke Wange war durch eine enorme Anschwellung vollständig defigurirt, ge-

spannt, glänzend und roth-violett gefärbt. In der Verzweiflung nahm St. seine Zuflucht zur antidiphtherischen Seruminjection, worauf in der That Besserung eintrat. Nach einer zweiten Injection trat eine vollständige Wendung zur Besserung ein und das Kind genas rasch.

BAYER.

49) **Henry Th. Williams. Ein Fall von Tic douloureux mit erfolgreicher Entfernung des Ganglion Gasseri. Demonstration einer Photographie des Patienten, (A case of tic douloureux, with successful removal of the Gasserian-Ganglion with photograph of the patient.)** *Philadelphia Medical Journal. 10. August 1901.*

Der Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER.

50) **Gordon King. Der bucco-antrale Weg bei Neurectomie gegen Tic douloureux. (The bucco-antral route in neurectomy for the relief of tic douloureux.)** *Philadelphia Medical Journal. 10. August 1901.*

Verfasser hat an zwei Fällen die Fränkel'sche Operation mit Erfolg ausgeführt und tritt im Anschluss daran für die extracranielle Resection der Nervenstämme bei hartnäckiger Trigeminusneuralgie ein, die allemal vor der gefährlichen Resection des Ganglion Gasseri versucht werden soll. Auf diesem weniger gefahrvollen Wege kann temporäre, manchmal sogar dauernde Heilung erzielt werden.

EMIL MAYER.

51) **Rodien. Facialislähmung dentalen Ursprungs. (Paralysie faciale d'origine dentaire.)** *Gazette hebd. des Sc. Med. de Bordeaux. 1901.*

Verfasser ist der Ansicht, dass die Osteoalveolitis dentalis infectiosa zu den häufigen Ursachen der Facialislähmung gehört. Thatsächlich spielen auch oft genug in derartigen Fällen Zahnschmerzen unter den Prodromen eine Rolle. Verf. theilt eine sehr charakteristische derartige Beobachtung mit. Die Behandlung besteht in Extraction des kranken Zahnes und tiefem Currettement der Alveole.

E. J. MOURE.

52) **William G. Macdonald. Ueber einen Fall von Syphilis. (Reflections on a case of syphilis.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 3. October 1901.*

Es handelt sich um einen Fall von extra-genitalem Schanker an der Lippe.

EMIL MAYER.

53) **Zander** (Würzburg). **Ueber Talgdrüsen in der Mund- und Lippenschleimhaut.** *Monatsh. f. pract. Dermat. XXXIII. 3. 1901.*

Auf Anregung des Referenten hat Z. bei 450 Personen der verschiedensten Altersklassen nach dem Vorkommen von Talgdrüsen in der Mund- und Lippenschleimhaut gefahndet und gefunden, dass alle Altersklassen beiderlei Geschlechts diese Veränderung der Schleimhaut aufzuweisen haben. Ergänzt wurden die Untersuchungen an Lebenden durch mikroskopische Untersuchungen an der Schleimhaut von 10 Leichen.

SEIFERT.



54) **E. Thompson. Behandlung der Hasenscharte. (Treatment of Hare-lip.)** *Texas Medical News. August 1900.*

Chirurgische detaillirte Ausführungen. EMIL MAYER.

55) **Preindisberger** und **Wodynski** (Sarejewo). **Ein Fall von Zahncyste des Oberkiefers.** *Wien. klin. Rundschau. 1901. No. 17 u. 18.*

Gelegentlich der Untersuchung eines nach Resection des Oberkiefers gewonnenen Präparates einer Zahncyste ergab die mikroskopische Untersuchung einen Befund, nach welchem unter Umständen Bindegewebszellen alle Eigenschaften der echten Epithelzellen annehmen können, oder dass Epithelzellen durch Umwandlung der Bindegewebszellen entstehen können. CHIARI.

56) **Menzel. Ein Fall von Oberkiefercyste.** (Verein österreichischer Zahnärzte in Wien, Sitzung vom 6. März 1901.) *Wiener zahnärztliche Monatsschr. 1901. Jahrg. III.*

Es handelte sich um eine entzündliche Zahnwurzelcyste, welche die Gegend der Fossa canina, eines Theiles des Alveolarfortsatzes und theilweise auch die laterale Nasenwand verdrängte. Bei Ausspülung dieser Cyste durch eine Alveolarfistel kam durch die Nase keine Flüssigkeit. Breite Eröffnung und Excochleation.

CHIARI.

57) **Jungnickel** (Saaz). **Beitrag zur Casuistik der Kiefercysten.** *Prager med. Wochenschrift. 1901. No. 35.*

Eine periostale Cyste des Unterkiefers brachte während des langsamen Wachsthums den ganzen rechten Unterkieferknochen zum vollständigen Schwunde. Keinerlei Andeutungen heterogener Zahnkeime. CHIARI.

58) **Thiriar. Sarkom des Unferkiefers. (Sarcome du maxillaire inférieur.)** *La Clinique. No. 13. 1901.*

In der Sitzung der anatomisch-pathologischen Gesellschaft vom 4. Januar 1901 zeigte Thiriar einen exulcerirten Tumor des Unterkiefers vor, welchen er einer 35jährigen Frau exstirpirt hatte und der sich mikroskopisch als Sarkom erwies. BAYER.

d. Diphtherie.

59) **J. N. Love. Ueber Diphtherie. (After-thoughts on diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 2. Februar 1901.*

Zusammenfassende Betrachtungen über Bakteriologie, Klinik und Behandlung der Diphtherie. LEFFERTS.

60) **F. G. Burrows. Eine klinische Studie über Diphtherie. (A clinical study of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 9. Februar 1901.*

Verfasser giebt eine Statistik über 2093 Diphtheriekranke, die im Boston City Hospital behandelt worden sind. Die Statistik erstreckt sich auf Alter, Geschlecht, die Art der Membranen, die Betheiligung der Nase, des Herzens, der

Nieren, des Pulses, ferner auf die Behandlung der Larynxstenose mit Intubation und Tracheotomie, auf die Complicationen, die Mortalität, die Mischinfection etc.

EMIL MAYER.

61) **Chauncey C. Biggs. Eine Diphtherie-Epidemie, ausgehend von der Milchversorgung. (An Epidemic of diphtheria traced to a milk supply.)** *The New-York State Journal of Medicine. Februar 1901.*

Im Verlauf eines Jahres liess sich in einer kleinen Stadt das zweimalige Auftreten von Diphthericepidemien auf die Milchversorgung zurückführen.

EMIL MAYER.

62) **M. A. Veeder. Desinfection bei Diphtherie. (Desinfection in diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 2. Februar 1901. Boston Medical and Surgical Journal. 14. Februar 1901.*

Es giebt drei ähnliche Erkrankungen, die leicht mit einander verwechselt werden: Diphtheroide, echt diphtheritische, und septikämische Halserkrankungen. Die erste wird durch Staphylokokken, die zweite durch den Klebs-Löffler'schen Diphtherie-Bacillus und die dritte durch Streptokokken verursacht. Die septikämische Halsentzündung und die echte Diphtherie sollen mit localen Antisepticis, Isolirung der Kranken, sowie mit gründlicher Desinfection aller mit den Kranken in Berührung gekommenen Gegenstände behandelt werden. Die Sekrete aus Nase, Mund und Hals, auf die in erster Linie die Verbreitung der Erkrankung zurückzuführen ist, müssen mit besonderer Vorsicht vernichtet werden. Diphtheroide Halserkrankungen sind weniger gefährlich aber wichtig wegen ihrer klinischen Beziehung zur echten Diphtherie.

LEFFERTS.

63) **Gillet. Ueber Hauteruptionen nach der Anwendung von Diphtherieserum. (A propos des éruptions consécutive à l'emploi du sérum antidiphtérique.)** *Société médico-chirurgicale. 11. März 1901.*

Verfasser theilt die Krankengeschichten von zwei Kindern, Bruder und Schwester, mit, die in Zwischenräumen von einem Monat an Mischformen von Angina erkrankten, bei denen kurze Bacillen, Streptokokken und Staphylokokken gefunden wurden. Das Mädchen wurde mit Serum behandelt und 12 Tage später stellte sich bei ihm ein scharlachähnliches Exanthem ein. Einen Monat später erkrankte der Bruder an der gleichen Angina; er wurde nicht mit Serum behandelt und trotzdem trat auch bei ihm nach 12 Tagen die gleiche Eruption auf. Diese Erfahrung beweist, dass wenn das Serum auch Hautausschläge hervorrufen kann, es andererseits doch auch Fälle giebt, in denen diese letzteren durch die Angina selbst verursacht werden. Sie treten zuweilen spät auf, so dass sie der Beobachtung im Krankenhaus entgehen und sich erst nach der Entlassung der Kranken bemerklich machen.

PAUL RAUGÉ.

64) **Charles H. Lester. Ueber die Behandlung der Diphtherie. (Discussion of the treatment of diphtheria.)** *Kansas City Med. Record. Februar 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

65) **von Sarbó** (Budapest). **Statistik der an Sprachstörung leidenden Schulkinder Ungarns auf Grund der im Jahre 1899 eingelegten Fragebogen.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. März-April 1901.*

Die statistischen Erhebungen beziehen sich auf sämmtliche Städte und Gemeinden Ungarns, deren Bevölkerungszahl die von 2000 überschreitet. Es befanden sich unter der Schuljugend der 53 Städte 8335 an Sprachstörungen Leidende; es kann aus diesen Zahlen der Schluss gezogen werden, dass von der Gesammtzahl der Schulkinder Ungarns mindestens 3,6 pCt. an Sprachstörungen leiden. Im Anhange sind die wichtigsten Ministerialverordnungen wiedergegeben, welche zur Bekämpfung der Sprachgebrechen erlassen wurden SEIFERT.

66) **Gellé** (Paris). **Intrabuccale Wirbelströmungen bei der Phonation. (Les cyclones intra-buccaux dans la phonation.)** *Société de Biologie. 22. December 1900.*

Bekanntlich vertritt Verf. die Ansicht, dass bei der Aussprache von Vokalen in der Höhe des Isthmus und der Zungenbasis eine Zone existirt, in welcher der Luftstrom keinerlei Bewegung mehr nach vorwärts macht. Bisher hatte er die Existenz dieser Zone dadurch nachgewiesen, dass er in dem besagten Niveau eine Manometerröhre einfügte, die während der Aussprache der Vokale nun keinerlei Niveauschwankungen zeigte, oder aber, indem er eine Nadel mit einer kleinen Papierfahne an diese Stelle hielt. Zur Vervollkommnung seiner Demonstration, und um die Einwände Bonnier's zu entkräften, bedient sich nun G. des Cigarettenrauches. Er füllt nämlich die Mundhöhle mit Rauch und athmet tief, dann spricht er laut den Vokal „a" aus. Dabei tritt nun der Cigarettenrauch nicht durch den Mund aus, sondern bleibt in den Bronchien und wird erst durch eine tiefe Exspiration nach dem Versuch ausgestossen. Es existirt also entgegen den Behauptungen Bonnier's kein Austrittsstrom während der Aussprache der Vokale sondern vielmehr eine Art von Wirbelbewegung. PAUL RAUGÉ.

67) **Thomas Fillebrowne. Die Action des Kehlkopfes in Beziehung zur Stimmhöhe. (Action of the larynx in relation to the pitch of the voice.)** *Journal of the Boston Society of Medical Sciences. 15. Januar 1901.*

Bei der gewöhnlichen Lautbildung bleibt der Kehlkopf fast völlig in normaler Ruhelage und er bewegt sich nur dann ein wenig, wenn er durch die Articulationsbewegung der Zunge erschüttert wird. Bei lautem Vortragen tritt der Larynx nach vorne und unten, wodurch der Ton grösser und voller wird. Beim Singen nimmt der Larynx eine noch tiefere Stellung ein und tritt weiter nach abwärts. Auf der Höhe der Stimmbildung wird die Kehle weiter geöffnet, der Larynx tritt nach unten und erschlafft etwas; wenn der Ton dabei höher als die Mittellage liegt, öffnet sich der Mund weiter, und Zunge und Larynx gehen nach unten; beim Hervorbringen der höchsten Töne nimmt der Larynx die tiefste Position ein, die möglich ist. EMIL MAYER.

68) **Gellé** (Paris). **Graphisches über die Nasenvocale nach phonographischer Aufzeichnung. (Les graphiques des vogelles nasales d'après le phonographe.)** *Société de Biologie. 10. September 1900.*

Vergleichende Studien über die mit dem Phonographen erhaltenen Resultate bei der Production von nasalen und oralen Vokalen. Verf. erkennt in allen Nasallauten nur die Modification des reinen Vokales.

PAUL RAUGÉ.

69) **A. Liebmann** (Berlin). **Die Sprache schwerhöriger Kinder.** *Bresgen'sche Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. No. 1. 1901. Marhold, Halle.*

Die Sprachmängel sind theils formaler, theils motorischer Natur; erstere sind aufzufassen als ein Stehenbleiben auf einem frühen Standpunkte der geistigen und sprachlichen Entwickelung. Der Wortschatz ist ausserordentlich gering. Die Kinder helfen diesem Mangel ab, indem sie für das fehlende Substantiv ein anderes, das einen verwandten Begriff bezeichnet, setzen. Bei den Verben vertritt eins eine grössere Anzahl, die eine ähnliche Thätigkeit bezeichnen. Noch dürftiger steht es mit den Adjectiven oder gar Adverbien; Präpositionen und Zahlwörter fehlen fast ganz. Regsamere Kinder bedienen sich daher der Zeichensprache, die natürlich, nicht wie die Lautsprache eine grosse Menge von Begriffen an der Hand der Sprache zu gewinnen geeignet ist. Sie bleiben in ihrer geistigen Entwickelung zurück und es stellen sich centrale Defecte ein, die die Ursache für den Agrammatismus abgeben.

Die lautlichen Mängel der Sprache sind Mangel der Betonung, Alteration der Klangfarbe, Fehlen verschiedener Consonanten, Mangel der Lautverbindung, Neigung zur Assimilation.

Es ist nicht möglich, im Rahmen eines kürzeren Referats auf die von L. in sehr klarer Weise besprochene Behandlung dieser fehlerhaften Sprache einzugehen, die nach seiner Angabe meist in ungefähr 3 Monaten zu einem vollen Erfolge führt, so dass die Kranken deutlich und sprachrichtig sprechen; Interessenten müssen auf das Original verwiesen werden.

A. ROSENBERG.

70) **Jos. Oltuszewski. Ueber Sprachstörungen bei psychischen Entartungen. (O zboczeniach mowy przyniedorozwoju psychicznym.)** *Przeglad lekarki. No. 4, 5. 1902.*

Mangelhafte Entwickelung verbunden mit Lähmungen bei Kindern bildet eine hervorragende Ursache der Aphasie, des Stotterns, Stammelns und nasaler Sprache. Verf. bespricht dann eingehend die Pathogenese, Symptomatologie und Therapie des bezüglichen Leidens.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **G. Weil. Das Stottern und andere Sprachgebrechen.** (Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Wien, Sitzung vom 31. Mai 1900.) *Wien. med. Wochenschrift. 1901. No. 17—19 incl.*

W. theilt u. A. die Heilmethoden des Stotterns in 3 grosse Gruppen, in die medicinische, operative und didactische Methode. Für ein kurzes Referat nicht geeignet.

CHIARI.

72) **G. Hudson Makuen Diagnose und Behandlung einiger functioneller Formen von Sprachstörungen. (The diagnosis and treatment of some functional forms of defective speech.)** *Philadelphia Medical Journal. Februar 1901.*

Die Sprache beruht auf Nachahmung, und wenn normale Kinder ein gutes Beispiel vor Augen haben, entwickeln sie stets eine normale Sprache. Das Gehörcentrum steht in enger Beziehung zum Sprachcentrum und beide bilden sich gleichzeitig aus. Sprachstörungen können subjective und objective Ursachen haben. Zu ersteren gehören alle diejenigen, welche im Organismus des Kindes selbst gelegen sind, so: mangelhafte Entwickelung des Hörvermögens, mangelhafte Entwickelung des Sprechapparates und schliesslich mangelhafte geistige Entwickelung, besonders bezüglich der dem Intellect und Willen übergeordneten Centren. Zu den objectiven Ursachen sind alle diejenigen zu rechnen, die in der Umgebung des Kindes liegen: schlechte Hygiene, mangelhafter Gesundheitszustand, aufregende Lebensweise der Kinder, die zur Schädigung ihres Nervensystems beiträgt, und schliesslich schlechtes Sprechen der die Kinder beaufsichtigenden Personen, und die unaufhörliche Babysprache. Die Anleitung zur Gewöhnung an gutes Sprechen ist das einfachste, meist erfolgreiche Verfahren zur Vermeidung von Sprachstörungen. Sind einmal Sprachfehler vorhanden, so sind sie viel schwerer zu beseitigen. Immerhin steht man auch dann noch nicht vor einer erfolglosen Aufgabe, wie die zahlreichen günstigen Resultate erweisen. Zweifellos würde in der Majorität der Fälle ein richtiges Stottern garnicht zu Stande kommen, wenn die Erziehung zum guten Sprechen immer richtig geleitet würde. Eine frühzeitige Untersuchung der Sprachorgane sollte bei allen Kindern vorgenommen werden, bei denen der Verdacht auf mangelhafte Entwickelung der Sprache besteht. Hypertrophische Tonsillen sowie Pharynxtonsillen sollten bei Zeiten berücksichtigt und alle Anomalien beseitigt werden, da durch derartige Zustände die Sprache der Kinder in den ersten Lebensjahren wesentlich beeinträchtigt wird. Kinder, bei denen das Stottern in der Familie liegt, und bei denen auch nur die geringste Prädisposition zu dieser Sprachstörung vorhanden ist, sollen sorgfältig beobachtet werden, damit sich diese schlechte Gewohnheit nicht bei ihnen einstellt. Sie sollen an langsames Denken und langsames Sprechen gewöhnt werden und von allen Aufregungen ferngehalten werden. Schon der Versuch, aufregende Erlebnisse zu erzählen, muss unterdrückt werden. Den Grund dafür sollen die Kinder garnicht wissen, damit sie nicht schon aus der Furcht zu stottern an fliessender Ausdrucksweise gehemmt werden. Das ist sehr wichtig, denn viele Kinder stottern nur um so mehr, weil ihre Aufmerksamkeit auf diesen Punkt hingelenkt worden ist und aus Furcht vor der Zurechtweisung. Andererseits hat der Stotterer völlige Einsicht in sein Gebrechen, aber keine Macht, es zu verhüten. Die Schwierigkeit liegt nicht im Denken selber, sondern im Ausdruck des Gedankens. Er denkt in Worten, aber kann nicht in Worten sprechen. Bekanntlich wird die Erinnerung an ein Wort zuerst wieder aufgeweckt in dem Gehörcentrum, im minderen Maasse in den Sehcentren und von da aus auf andere Partien der Hirnwindungen weitergeleitet. Wenn Worte geschrieben werden sollen, geht der Impuls vornehmlich zum chirokinetischen Centrum, wenn sie gesprochen werden sollen, zum

glossokinetischen oder Brokaschen Centrum, wenn sie weder geschrieben noch gesprochen werden sollen, geht der Impuls an die rein intellectuellen Centren, wo die Worte ausgewählt und zusammengestellt werden zum wortlosen Denken. Wenn das glossokinetische Centrum von den anderen Sprachcentren her in Bewegung gesetzt wird, muss es direct und automatisch in Function treten. Das geschieht aber oft nicht und dann entsteht natürlicherweise eine Verwirrung in der molecularen Thätigkeit der Rindencentren. Die grössere oder geringe Vollkommenheit dieses automatischen und beinahe instinctiven Vermögens der leitenden Apparate wird zweifellos erblich übertragen. Die schnelle Entwickelung des Sprachvermögens bei Kindern im 2. Jahr wäre nicht möglich, wenn hier nicht eine gewisse erbliche Anlage bestände. Alle klinischen Thatsachen auf dem Gebiete dieser functionellen Störungen der Sprache beweisen diese Annahme. In fast allen Fällen von mangelhafter Articulation und bei einem grossen Procentsatz stotternder Personen ist die Störung direct anererbt.

EMIL MAYER.

73) **G. Hudson Makuen. Zur Verhütung des Stotterns. (How to prevent stammering.)** *Philadelphia Medical Journal. 30. März 1901.*

Da derartige Sprachstörungen häufig auf mangelhafter geistiger Thätigkeit beruhen, so besteht die wichtigste Indication zu ihrer Verhütung darin, die geistigen Vorgänge beim Sprechen durch eine gewisse Disciplin auf normale Wege zu leiten. Dabei soll man vermeiden, dass Kinder überhaupt ins Stottern kommen und die Angewöhnung derartiger Sprachstörungen von vornherein zu verhindern suchen.

EMIL MAYER.

74) **Natier** und **Zund-Burguet. Vergleichendes über den Werth interner oder chirurgischer Maassnahmen und orthophonischer Uebungen bei der Behandlung gewisser Sprachstörungen. (De la valeur comparative des procédés, médicaux ou chirurgicaux et des exercices orthophoniques dans le traitement de certains vices de prononciation.)** *Rev. hebd. de Laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Die Verff. bevorzugen orthophonische Uebungen, von denen sie bei 2 jungen Mädchen besonders günstigen Erfolg gesehen haben. Die eine derselben konnte das s und das l nicht aussprechen und die andere setzte an Stelle des l stets einen gutturalen N-Laut.

MOURE.

75) **Imhofer** (Prag). **Zur Pathologie und Therapie der menschlichen Singstimme.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 16. Novbr. 1900.) *Wien. klin. Wochenschrift. 1900. No. 50.*

I. betont, wie wichtig die alleinige Verwendung der Stimme in der ihr angemessenen Lage und von welch' grossem Vortheil eine anatomisch physiologische Vorbildung der Sänger und deren Lehrer ist.

CHIARI.

76) **Imhofer** (Prag). **Zur Pathologie und Therapie der Singstimme.** *Prager med. Wochenschrift. 1901. No. 14 u. 15.*

Eingangs erwähnt I. die geniale Erfindung Oertel's, das Laryngostroboskop, weiter den Einfluss des Windrohres und Ansatzrohres auf die Klangfarbe,

spricht dann über das Kopf- und Brustregister, den Stimmumfang — zwischen dem grossen „C" mit 64 Schwingungen und dem dreigestrichenen „C" mit 1024 Schwingungen — die bekannten Bauarten des Larynx beim Tenor und Bass und tadelt die falsche Stimmbehandlung von Seiten mancher Gesangschulen. — Therapeutisch warnt I. dringendst vor zu starken Aetzmitteln wie vor warmen Inhalationen und empfiehlt u. A. als werthvoll die extra- und endolaryngeale Faradisation. Bei langbestehender Hyperämie der Stimmbänder übt I. das Scarificationsverfahren derselben nach Krause. Bezüglich der Sängerknötchen sagt er, dass dieselben vorzugsweise bei hohen Sopranstimmen zu beobachten sind, nimmt eine zuwartende Stellung ein und erst, wenn alle anderen therapeutischen Maassnahmen versagten, entfernt er dieselben auf operativem Wege. CHIARI.

77) **G. Hudson Makuen. Bemerkungen über zwei Fälle von willkürlichem Larynxpfeifen. (Some notes on two cases of voluntary laryngeal whistling.)** *Journal American Medical Association. 20. April 1901.*

In dem einen Fall war die Art und Weise, wie diese Töne zu Stande kamen, nicht klar, in dem anderen Fall fand M., dass die Ränder des Larnyxeingangs in derselben Weise aneinander gelegt wurden, wie die Lippen beim Pfeifen. Die aryepiglottischen Falten werden ebenso gebraucht, wie die Lippen beim Pfeifact aber sonst, soviel Verf. feststellen konnte, keine anderen Partien des Kehlkopfes.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

78) **A. Kohn. Ueber die Schilddrüsen-Epithelkörperchen.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung am 15. März 1901.) *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 23.*

Diese liegen nicht in, sondern in der Nähe der Schilddrüse, sind aber selbstständige und eigenartige Organe. Zahlreiche Versuche haben ergeben, dass die Entfernung der Schilddrüse und der Epithelkörperchen raschen Tod unter den Erscheinungen schwerer Tetanie herbeiführt. CHIARI.

79) **Christiani** (Genève). **Vergleichende Vascularisation der Propfungen der Schilddrüse. (Vascularisation comparée des greffes thyreoidiennes.)** *Revue méd. Suisse rom. No. 1. 1901.*

Nach Verf. ist die lange angezweifelte Möglichkeit der Persistenz und specifischen Reorganisation der Schilddrüsenimplantationen bei genügender Beobachtungsgeduld leicht nachzuweisen. Dies thut Verf. mit der Vorweisung neuer Gefässbildungen verschiedenster Entwickelungsstadien bei verschiedenen Thieren. Es zeigt sich zugleich, wie nach Totalexstirpationen der Schilddrüse das Vascularisations- und Reorganisationsbedürfniss der Pfröpfe viel grösser ist als nach theilweisen. Ferner sieht man doch Thiere, welche unter Verlust der Schilddrüse stark leiden, eine raschere Organisation der Complementärschilddrüsenpfropfungen bekommen als die Thiere, welche die Schilddrüse fast entbehren können; u. A. m.

JONQUIÈRE.

80) Cocco. **Beitrag zum Befund von lymphadenoidem Gewebe in der Schilddrüse und der Regeneration desselben. (Contributo al reperto del tessuto linfoadenoide nella glandola tiroide e nella rigenerazione dello stesso.)** *Academia Gioenia di Scienze Naturali. 9. III. 1901.*

Die Untersuchungen, die Verf. an Hunden angestellt hat, bestätigen die zuerst von Horsley gemachte Entdeckung des Vorkommens von lymphadenoiden Geweben in der Schilddrüse. Verf. hat ferner Versuche darüber angestellt, wie dieses Gewebe nach ihm zugefügten Verletzungen sich wieder regenerirt und ist dabei zu folgendem Resultat gelangt: In der ersten Zeit nach der Verletzung tritt ein entzündlicher Process in dem Gewebe auf, der in einer zweiten Phase in einen regressiven Vorgang sich umwandelt. Die Zelltrümmer, die im Verlauf des letzteren entstehen, werden von den Leukocyten fortgeschafft und nachdem dieser Vorgang vollendet ist, d. h. nach 25 Tagen, beginnt der Process der Wiederherstellung, um 2 Monate nach dem Trauma seinen Abschluss gefunden zu haben.

FINDER.

81) Samuel Amberg. **Acht Kropffälle in ein und derselben Familie. (Eight cases of goitre in one family.)** *Maryland Med. Journal. März 1901.*

Es handelte sich hier in allen Fällen um weiche parenchymatöse Strumen, nur bei der Mutter wahrscheinlich um eine colloide oder gelatinöse Struma.

EMIL MAYER.

82) Gruié. **Ueber die klinische Form des Schilddrüsenkrebses. (De la forme médicale du cancer thyroidien.)** *Thèse de Lyon. 1900.*

Verf. stellt eine klinische Form der Erkrankung mit mehr allgemeinen Symptomen im Gegensatz zu einer chirurgischen Form, die durch locale Compressionserscheinungen gekennzeichnet wird.

PAUL RAUGÉ.

83) A. E. Halsstead. **Carcinom der Schilddrüse. (Carcinom of the thyroid gland.)** *Medicine. Februar 1901.*

Im ersten Entwickelungsstadium dieses Leidens ist eine Differentialdiagnose von einer nicht bösartigen Struma nicht möglich. Bei der Diagnose hat man sich an folgende Gesichtspunkte zu halten:

1. Schnelles Wachsthum einer Struma, die früher lange Zeit hindurch stationär geblieben war, besonders bei Personen im Alter von 30—50 Jahren.
2. Fast in allen Fällen nehmen die Schmerzen durch eine Struma erheblich zu, wenn sie bösartig wird.
3. Weiches Anfühlen der Struma bei der Palpation.
4. Alle Drucksymptome pflegen sich bei carcinomatöser Entartung der Struma zu verstärken.
5. Thrombose der benachbarten Venen.
6. Vergrösserung der benachbarten cervicalen Lymphdrüsen.
7. Continuirliches oder remittirendes Fieber.

Die Behandlung in allen Fällen, in denen keine Metastasen vorhanden sind, besteht in der Thyroidectomie. Die Resultate chirurgischer Behandlung sind nicht sehr ermutigend.

EMIL MAYER.

84) **Royet. Obstructio nasalis bei Myxödem. (Obstruction nasale myxoedémateuse.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 16. Januar 1901.*

Verstopfung der Nase tritt häufig bei Myxödem auf und ist auf Faltung der Nasenschleimhaut zurückzuführen.

Sie erklärt eine ganze Reihe von Symptomen, die gewöhnlich als Insufficienzerscheinungen der Schilddrüse aufgefasst werden. PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

85) **E. Weill** und **M. Péhu** (Lyon). **Ein Fall von congenitaler Missbildung des Oesophagus. Separation in zwei getrennte Segmente, von denen das untere seinem ganzen Lumen nach mit der Trachea communicirte. (Sur un cas de malformation congénitale de l'ésophage. Séparation avec écartement des deux segments. Communication du segment inférieur à plein canal avec la trachée.)** *Lyon médical. 3. März 1901.*

Das Kind wies seit seiner Geburt Symptome von Undurchgängigkeit des Oesophagus auf, und bei der Röntgenuntersuchung liess sich ein Divertikel rechts vom Sternum erkennen. Der Tod erfolgte am 6. Tage nach der Geburt. Die Obduction ergab zwei vollkommen von einander getrennte Partien im Oesophagus.

PAUL RAUGÉ.

86) **Schütz. Weiterer Beitrag zur Kenntniss der gutartigen, unter dem Bilde der Stenose verlaufender Erkrankungen des Oesophagus.** *München. med. Wochenschr. No. 15. 1901.*

Der Kranke von Sch. klagte über Stehenbleiben von Speisen, die Sondirung ging anstandlos von Statten, Carcinom konnte ausgeschlossen werden; die Frage, ob Oesophagitis vorlag oder Atonie der Speiseröhre, musste offenbleiben. SCHECH.

87) **Mouchet. Oesophaguskrebs. Gastrostomie. (Cancer de l'oesophage. Gastrostomie.)** *Société anatomique. 18. April 1901.*

Es wurde die Fontan'sche Magenfistel angelegt mit sofortigem guten Erfolg.

Der Kranke überlebte die Gastrotomie 8 Tage lang.

Die Autopsie ergab eine Perforation in die Trachea, die der Diagnose entgangen war, und auch keinen Gangränherd in der Lunge, sondern nur eine Congestion der Lungenbasis beiderseits mit linksseitigem Pleuraerguss verurscht hatte.

PAUL RAUGÉ.

88) **Mauclaire. Oesophaguskrebs. Durchbruch in die Aorta. (Cancer de l'oesophage. Ouverture dans l'Aorte.)** *Société anatomique. 29. März 1901.*

Titel giebt den Inhalt. PAUL RAUGÉ.

89) **Lombette. Oesophagotomia externa wegen Fremdkörpers. (Oesophagotomia externe pour corps étranger.)** *Annal. et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Janvier et Févr. 1901.*

In der Sitzung der medicinischen Gesellschaft von Antwerpen am 14. Dec.

1900 stellte L. einen Kranken vor, bei welchem er behufs Entfernung eines künstlichen Gebisses die Oesophagotomie ext. vorgenommen hatte. Die Radiographie hatte dasselbe in der Höhe des 4. Dorsalwirbels erkennen lassen.

BAYER.

90) v. **Hacker. Zur operativen Behandlung der perioesophagealen und mediastinalen Phlegmone.** (Wissenschaftliche Aerzte-Gesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 3. Mai 1901.) *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 37.*

Es handelt sich um die Ausheilung einer nach Perforation des Brusttheiles des Oesophagus entstandenen mediastinalen Phlegmone durch operative Eröffnung des Mediastinums vom Halse her.

CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Escat. Erkrankungen des Pharynx. (Maladies du Pharynx.) Traité Medico-chirurgical. Georges Carré et Naut, édit. Paris 1961.

Dieses Buch behandelt die Affectionen der Fauces und des Pharynx. Nach einer Besprechung der Anatomie und Physiologie, sowie der Untersuchungsmethoden bei den verschiedenen Erkrankungen kommt Verf. zur Darstellung der acuten Anginaformen, die er in oberflächliche (rothe und weisse) und submucöse (phlegmonöse, gangränöse u. s. w.) eintheilt. In diesem Theil des Buches verdient das „Zona bucco-pharyngien" überschriebene Capitel besondere Beachtung.

Unter den chronischen Erkrankungen des Pharynx versteht Verf. alle hierher gehörigen nicht specifischen Erkrankungen und unterscheidet dabei katarrhalische, chronische, adenoidhypertrophische und gemischte Formen. An dieser Stelle wird auch die Angina lacunaris ulcerosa acuta, die wir schon vor mehreren Jahren beschrieben haben, die aber trotzdem bisher noch in keinem Lehrbuch Eingang gefunden hat, in einem besonderen Capitel besprochen. Es folgt sodann die Darstellung der Angina ulcero-membranosa, die schon lange bekannt ist, aber neuerdings unter dem Namen Angina Vincent (mit spindelförmigen Bacillen) von modernen Autoren wieder als etwas Neues beschrieben worden ist.

Es werden sodann Syphilis, Tuberculose und die Tumoren, soweit sie hier vorkommen, besprochen. Den Schluss bilden Studien über neuropathische Erkrankungen und Entwickelungsanomalien. Zahlreiche Abbildungen erleichtern das Verständniss dieses Buches, in welchem der Autor alle diejenigen französischen Forscher, die zur Entwickelung der hierher gehörigen pathologischen Fragen beigetragen haben, ausführlich erwähnt.

E. J. Moure.

b) Seth Scott Bishop, Chicago. **Erkrankungen des Ohres, der Nase, des Halses und der Nebenhöhlen. (Diseases of the ear, nose and throat and their accessory cavities.)** F. A. Davies Co. Philadelphia.

Die erste Auflage dieses Buches erschien im Februar 1897 und war sehr bald vergriffen, sodass die vorliegende zweite Auflage nothwendig wurde, die durch sorgfältige Revision und colorirte Tafeln ergänzt ist. Etwa 530 Seiten entfallen auf Besprechungen der Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Halses und sind meist kurz gefasst. Verf. präcisirt seinen eigenen Standpunkt, welcher in mancher Hinsicht von demjenigen anderer Autoren abweicht. Seine adenoiden Operationen führt er bei sitzender Stellung des Patienten aus und unter Narkose mit Bromäthyl. Wenn hypertrophische Tonsillen vorhanden sind, werden dieselben vorher entfernt. Die meisten Operateure schlagen den umgekehrten Weg ein, um zu vermeiden, dass Zange oder Curette über eine frische Schnittfläche hinweggeführt werden. Bei der Behandlung der folliculären Pharyngitis wird die Anwendung der Curette in keiner Weise erwähnt und nur Caustica und Thermokauter empfohlen. Ausführlich ist das Capitel über Heufieber. Hier bevorzugt der Autor die innerliche Anwendung des als Horsford's Acidphosphat bekannten Präventivmittels, denn er sieht in der Harnsäure den hauptsächlichsten, ursächlichen Factor der Erkrankung. Im Anfall lässt er mit einer Lösung vom Kamphermenthol erfolgreich inhaliren. Das neu hinzugekommene Capitel über Erkrankungen des Auges und der Nase ist gut geschrieben. Das Buch ist gut ausgestattet.

Emil Mayer.

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Jahresversammlung vom 9. November 1900.

Vorsitzender: Barclay J. Baron.

Lennox Browne: Ein Fall von Larynxepitheliom, bei welchem vor 9 Jahren eine anscheinend gutartige Geschwulst entfernt worden war. Der Patient, ein Prediger von 55 Jahren, war im Februar 1889 an Hyperämie des Rachens und des Kehlkopfes behandelt worden. Im Juni 1891 consultirte er, da er seit Monaten stimmlos war, einen Arzt, der feststellen konnte, dass von der vorderen Hälfte des linken Stimmbandes ein grosser Polyp ausging. Bei der Cocainisirung hustete der Patient einen etwa haselnussgrossen Tumor aus. Darauf trat schnelle Heilung ein. Eine mikroskopische Untersuchung des Tumors wurde nicht vorgenommen. Die nächsten sieben Jahre blieb Patient völlig gesund und hatte sogar seine Stimme beim Predigen erheblich anzustrengen. Lennox Browne sah den Patienten im October 1900, constatirte hochgradige Injection des Larynx und ein nichtgestieltes Papillom unmittelbar unter dem linken Stimmband. Es wurde zum grossen Theil mit der Schlinge entfernt. Bei der mikroskopischen Untersuchung durch Wingrave fand sich, dass der makroskopisch

wie ein Papillom aussehende Tumor ein squamöses Epitheliom mit kleinzelligen Nestern darstellte. Es handelte sich also nun um ein schnell wachsendes malignes Epitheliom.

Lennow Browne: Zwei Fälle von Epilepsie, die durch Beseitigung der Tonsillen und adenoiden Wucherungen geheilt worden waren. Der eine Fall betrifft ein vierjähriges Kind mit schwerer Epilepsie, der zweite eine junge Dame mit petit mal. In beiden Fällen wurden grosse Dosen Brom erfolglos verabreicht. Nach der operativen Entfernung der adenoiden Wucherungen wurden in beiden Fällen nunmehr kleine Bromdosen mit Erfolg angewandt.

Chichele Nourse demonstrirte einen Mann mittleren Alters mit Papillomen am linken Stimmband.

Dundas Grant hält sie für tuberculös.

Vinrace: Ein Fall von Ulceration der Zunge.

Dundas Grant hält die Erkrankung für ein Epitheliom auf dem Boden einer tertiär syphilitischen Infiltration.

Dundas Grant: Ein Fall von nasalen Synechien.

Dundas Grant: Ein Fall von schnellem Wachsthum der cervicalen Lymphdrüsen bei einer älteren Frau. Die Diagnose schwankte zwischen Tuberculose und gewissen Formen von Lymphom.

Tresilian hat einen ähnlichen Fall beobachtet, der von Zahncaries und -abscess ausgegangen war. Die Entfernung der septischen Ursache mit gleichzeitiger Verabreichung grosser Arsenikdosen brachte Heilung.

Wyatt Wingrave: Congenitale, syphilitische Ulceration der Nase bei einer 20jährigen Frau. Die Erkrankung erinnert an Lupus; durch Quecksilberbehandlung wesentliche Besserung.

Tresilian: Tertiär syphilitische Narben im Larynx.

Tresilian: Bösartige Erkrankung der Schilddrüse bei einem 16jährigen Mädchen. Es handelt sich um eine ausgedehnte Geschwulst im rechten Schilddrüsenlappen mit Abductorlähmung des rechten Stimmbandes, infolge von Druck auf den Nervus recurrens, wahrscheinlich liegt ein Carcinom von vasculärem Typus vor.

Vinrace zeigt einen Fall von gespaltenem Gaumen.

W. H. Kelson demonstrirt einen 30jährigen Mann mit Exostosen in den beiden äusseren Gehörgängen.

Versammlung vom 11. Januar 1901.

Vorsitzender: Mayo Collier.

Mayo Collier: Präparat eines Oberkiefers, der wegen eines Epi-

thelioms, das die Kieferhöhle ausgefüllt hatte und in die Alveolen durchgebrochen war, entfernt worden war.

Dundas Grant erwähnt einen Fall aus seiner Beobachtung, wo ein alveoläres Epitheliom die Siebbeinzellen, sowie den Boden der Augenhöhle und die Kieferhöhle mit ergreifen hatte. Seit der Operation sind drei Monate verstrichen, ohne dass Recidiv aufgetreten ist.

Bark berichtete von einem ähnlichen Fall, der 1884 operirt worden und seitdem recidivfrei geblieben ist.

Wyatt Wingrawe betont, dass squamöse Epitheliome vom Mund und alveoläre von der Kieferhöhle ausgehen.

Dundas Grant: Epiglottiscyste.

Chichele Nourse: Tertiäre Syphilis mit Sequesterbildung im Nasenrachenraum.

Dundas Grant drängt auf operative Entfernung in Erinnerung an einen Fall, bei welchem ein Sequester vom Keilbein in den Kehlkopf eingedrungen war und Erstickung verursacht hatte.

Mayo Collier: Ein Fall von Aphonie. Der Fall betrifft einen Soldaten, der plötzlich bewusstlos wurde und drei Tage in diesem Zustand verblieb. Seitdem hat er keinen Laut mehr hervorgebracht. Der Vortr. glaubt an Simulation.

Lennox Browne constatirt den functionellen Charakter der Störung, unter dem Bild einer Lähmung der der Articulation und Phonation dienenden Muskelgruppen.

Wyatt Wingrave constatirt deutliche Hypertrophie der Taschenbänder, wie man sie bei länger dauernden functionellen Aphonien beobachtet.

Tresilian: Osteosarcom der Kieferhöhle. Es handelt sich um ein Kind, das schon vor 18 Monaten demonstrirt worden ist. Die Geschwulst war partiell entfernt worden und seitdem nicht mehr gewachsen.

Es folgt nun eine Discussion über die von Lennox Browne in der vorhergehenden Sitzung demonstrirten Fälle von Epilepsie bei adenoiden Wucherungen, in denen grosse Bromdosen vor der Operation der adenoiden Wucherungen unwirksam, kleine Bromdosen nach der Operation dagegen wirksam gewesen waren.

Der Vorsitzende betont, dass Epilepsie in vielen Fällen sicherlich von der Nase und dem Nasenrachenraum herrührt oder wenigstens gesteigert wird.

Dundas Grant hat in seiner Hospitalpraxis eine Anzahl von Epilepsiefällen beobachten können, in welchen die Behandlung nicht allein von adenoiden Wucherungen, sondern auch von Empyem der Kieferhöhle und Mittelohreiterung eine wesentliche Besserung der Epilepsie herbeiführte und die Wirksamkeit kleiner Bromdosen wesentlich verstärkte.

Ernest Waggett.



d) VIII. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen

zu Heidelberg am 27. Mai 1901.

Die Versammlung war dieses Mal nur von 50 Mitgliedern besucht und wurde von Betz (Mainz) als I. Vorsitzenden und Fischenich (Wiesbaden) als II. Vorsitzenden geleitet. Zum Schriftführer wurde Avellis (Frankfurt) bestimmt. Der übrige Theil des Vorstandes bleibt unverändert.

Betz (Mainz): Stimmphysiologische Bemerkungen. An die Darstellung Ewald's im Handbuch der Laryngologie anknüpfend bespricht Betz einige feinere Details der Stimmphysiologie und berücksichtigt besonders die zwei Arten der Glottisform, die er bei der Erzeugung der Kopfstimme beobachtet hat. Bei den hohen Tönen der Kopfstimme wird ausschliesslich die „vordere Spindel" gebildet, deren Ende gerade dort sich findet, wo Sängerknötchen und Schleimanhäufungen regelmässig gefunden werden. Diese Stelle ist physikalisch als Knotenpunkt, pathologisch als Knötchenpunkt anzusehen.

Discussion:

Avellis: Der Grund, weshalb bei der Kopfstimme die Glottis spindelförmig klafft, bei der Bruststimme gradlinig verengt ist, muss nicht im Kehlkopf, resp. in der physikalischen Eigenschaft der Stimmlippen oder Muskeln gesucht werden, sondern in der Absicht, bei der Bruststimme die tönenden Schwingungen möglichst zurükzuhalten und nach der Brust zu reflectiren; bei der Kopfstimme die tönenden Schwingungen möglichst nach den Resonanzräumen des Kopfes zu leiten. Die Form der Glottis ist also nichts Primäres, nicht als Typus des Registers anzusehen, sondern nur ein Mittel zum Zwecke, das je nach der Schule, der individuellen Anlage und der musikalischen Absicht variirt werden kann, ja muss; Avellis exemplificirt ferner das Entstehen und Fixirtwerden einer inneren Stimmlippenstructur an der Anordnung der elastischen Fasern bei der Amselsyrinx, die bei einer jungen Amsel eine andere Structur aufweist als bei einem Vogel, der schon eingesungen ist und erklärt die Variationen der menschlichen Sängerglottis als ein Arbeitsproduct, das unabhängig ist von der individuellen Art der Resonanzerzeugung und der Fixirung der Stimmlippenstructur, wie sie durch längeren Gebrauch infolge der Belastungsgesetze sich herausbildet.

Müller (Heidelberg): Ueber natürliches Singen und Sprechen. Vortragender ist auf diesem Gebiete besonders erfahren und berechtigt, ein Urtheil abzugeben, weil er selbst lange Zeit ausgebildeter Sänger war. Er legt dar, dass die beste Art zu singen und zu sprechen diejenige sei, die ohne jeden Zwang erreicht wird, eine deutliche Aussprache erzielt, den Ton gut nach vorn bringt etc. und macht in mustergiltiger Weise — durch Declamation und Gesang — der Versammlung eine Reihe von Fehlern vor, die der Schönheit der Stimme und ihrem kunstgerechten Gebrauchen Eintrag thun, z. B. das Knödeln, das Quetschen, das Näseln etc.

Discussion:

Avellis sucht für die tiefe Kehlkopfstellung (nach Stockhausen) beim Singen physikalische und physiologische Gründe beizubringen (Verlängerung des Ansatzrohres, Fixirung der Kehlkopfknorpel und damit der Ansatzpunkte der Stimmmuskeln) und exemplificirt auch auf die Lage der Syrinx beim Singvogel, wo die Zweitheilung des Kehlkopfes in Athmungs- und Gesangapparat so vorgeht, dass der Gesangapparat ganz am Ende des Ansatzrohres sitzt, das sogar noch durch Krümmungen besonders verlängert wird.

Vohsen und Müller widersprechen diesen Ausführungen, da nach ihrer Meinung die Verlängerung des Ansatzrohres durch die Tiefstellung des Kehlkopfes nicht bedeutend genug ist.

Killian (Freiburg) hält das Referat: Ueber die Hysterie in ihren Beziehungen zum Kehlkopf. Seine Ausführungen gipfeln in der Ansicht, dass die Bilder von Stimmlippenparesen, die wir bei hysterisches Dysphonie und Aphonie sehen, nicht als Muskelparesen bezeichnet werden können, da die Muskeln nicht dauernd paretisch sind, sondern das Bild der Parese nur der periphere Ausdruck des Ausfalles einer cerebralen Willensbewegung ist. Diese Auffassung ist ja schon früher ausgesprochen worden (z. B. Rosenbach, der deutlich von hysterischer „Stimmlähmung", nicht „Stimmbandlähmung" spricht) und in der Versammlung erhebt sich auch kein principieller Widerspruch dagegen. Sämmtliche hysterischen Erscheinungen (auch die ungewöhnlichen Formen der Krampfbewegungen) können auch willkürlich von Gesunden erzeugt werden, nur bedarf es manchmal dazu einer längeren Einübung.

Discussion:

Thilenius berichtet von einem Falle hysterischer Inspirationskrämpfe, wo es beinahe zur Tracheotomie gekommen wäre und Vohsen von einer Beobachtung, wo schnelle rhythmische Zuckungen der Epiglottis zu sehen waren, nicht mit dem Ansaugen der Epiglottis zu verwechseln.

Krebs (Hildesheim): Stimmstörungen nach Verletzung des Halssympathicus. Infolge der Herausschälung eines Angiofibroms im Kieferwinkel (beim Vortragenden selbst) ist der Halssympathicus verletzt worden (Ptosis, Speichelsecretionsanomalie etc.). Es zeigte sich aber auch, dass die Singstimme nothgelitten hat, obwohl der Recurrens nicht verletzt wurde. Krebs meint, dass das Laryngoskop keine Veränderungen am Musc. thyreo-aryt. finden kann, so lange der Recurrens gesund ist, nur das feine Reagens der Singprüfung zeigt, dass ein Theil des Muskels, welcher nicht vom Recurrens innervirt ist, gelähmt ist.

Avellis (Frankfurt a. M.): Ueber eine Art trachealer Haemoptoe. Analyse eines Falles, wo die von anderer Seite für eine Lungenblutung gehaltene reichliche und oft wiederholte Haemoptoe aus Tracheavaricen herrührte.

Dreyfuss (Strassburg): Ueber Mumps der Submaxillaris und Sublingualis und seine Beziehugen zum Larynxödem. Es handelte sich um

beträchtliches Oedem des ganzen Larynx bei obiger Erkrankung, die durch nachträgliche Orchitis complicirt war. Auch beim Mumps der Parotis ist Larynxödem nicht selten.

Auerbach (Baden-Baden): Steinbildung in der Submaxillaris mit Larynxaffection. Es wird das schöne Präparat, das durch Operation gewonnen wurde, demonstrirt. Die Larynxaffection bestand in Oedem und „Prolaps des Sinus Morgagni", der von anderer Seite für einen bösartigen Tumor gehalten wurde.

Wild (Freiburg): Ein neuer bronchoskopischer Fremdkörperfall. Es handelte sich um ein aspirirtes Gebiss, das bei der Tracheoskopie nicht gesehen werden konnte, dagegen leistete die Bronchoskopie hier einen glänzenden Dienst, da sie gestattete, den Fremdkörper im linken Hauptbronchus zu finden und dessen Entfernung auf bronchoskopischem Wege zu ermöglichen.

Killian (Freiburg) demonstrirte:

1. Eine verstellbare Glasscheibe, die den Laryngologen vor dem Anhusten der Patienten schützt.

2. Lehrmittel: Unterrichtsmodelle, nach Hopmann's Methode angefertigt und bemalt, ferner ein neues Phantom für laryngoskopische Uebungen und eines für die Erlernung der Bronchoskopie.

3. Eine neue Zange für die bronchoskopische Verwendung, um Bohnen und ähnliche Fremdkörper zu entfernen.

4. Zahlreiche Abbildungen über die topographischen Beziehungen zwischen Stirnhöhlen und Stirnlappen, die mit Bezug auf einen glücklich operirten Fall von rechtsseitigem Stirnlappenabscess nach chronischer Stirnhöhleneiterung in vorzüglicher Schönheit und Klarheit angefertigt wurden.

Magenau (Mannheim): Zur Frage der diabetischen Erkrankung der oberen Luftwege. Vortragender konnte durch genaue Studien engere und häufige Beziehungen des Diabetes zu obigen Erkrankungen nicht finden.

Discussion:

Eulenstein: Eine specifische diabetische Pharyngitis giebt es nicht, auch keine diabetische Furunkulosis laryngis. Der Diabetes ist nicht als ätiologisch anzusehen, nur bietet der Diabetiker einen günstigen Nährboden für eine Infection.

Krebs: Diabetiker haben viel subjective Halsbeschwerden.

Dreyfuss (Strassburg i. E.): Zur Behandlung der Ozaena mit Phenolum natrosulforicinicum. Die Anwendung desselben in Form von Auspinselungen hat dem Vortragenden glänzende Resultate bezüglich des Foetors ergeben.

Discussion:

Robinson: Vielleicht waren die so günstigen Fälle Formen von „Ozaena periodica".

Dreyfuss bestreitet diese Einwendung.

Blumenfeld (Wiesbaden): Ueber Urticaria der oberen Luftwege.

Sehr seltener Fall von Urticaria der Haut, wo das Exanthem auch in Pharynx und Larynx beobachtet wurde.

Robinson (Baden-Baden): Moderne Inhalationstherapie. Die Einrichtungen des neu erbauten Inhalatoriums in Baden-Baden werden geschildert, die Zerstäubung mit den verschiedenen Apparaten, die Lignosulfitinhalation und der Zerstäubungsraum nach Wachsmuth. Er bespricht dann die Anwendungsformen und ihre Indicationen bei den einzelnen Krankheiten. Die Reizlosigkeit der Inhalation gegenüber der Localbehandlung wird betont. Bei den Leiden der Bronchien kommen vorzüglich die Inhalationsräume nach Wachsmuth in Anwendung. Bronchitiden mit fötidem Secret werden mit Lignosulfit behandelt. Bei Tuberculose bewirkt Lignosulfit nur eine subjective Besserung.

Schwendt (Basel): Demonstration von Instrumenten zur langsamen Dilatation von intubationstraumatischen Stricturen des Larynx und der Trachea. Es handelt sich um eine Dilatation „von unten", mit der Schwendt bei einem sehr schwierigen Falle einen schönen Erfolg errungen hat. Avellis (Frankfurt a. M.).

---

e) Gesellschaft Ungarischer Ohren- und Kehlkopfärzte.

1. Sitzung vom 24. Januar 1901.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Hugo Zwillinger.

1. Onodi: Solitäre Cyste der Highmorshöhle. O. fand während seiner Untersuchungen über das Verhältniss der Higmorshöhle zu den vordersten Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle, in der linken Kieferhöhle, an der unteren Hälfte ihrer inneren Wand, eine ca. 2 cm grosse, eingekapselte, dichte Neubildung, deren mit der Kapsel verbundener, 1 mm dicker Theil sich als ein homogener, weisser, knorpelartiger, harter Saum repräsentirte, während das übrige aus einer zusammenfliessenden braunen, röthlichen Masse bestand. Das makroskopische Bild und die ersten Untersuchungen machten es wahrscheinlich, dass wir es hier mit einer Dermoidcyste zu thun haben, aber die eingehende Untersuchung zeigte, dass es sich um eine solitäre Retentionscyste handelt.

2. v. Navratil: Operirter Fall von Laryngosclerom. v. Navratil stellt einen 39 Jahre alten, an Laryngosclerom leidenden, mit Erfolg operirten Pat. vor. v. N. versuchte den durch unterhalb beider Stimmbänder sich befindende, scleromatöse Wülste stenosirten Kehlkopf mittelst O'Dwyer'scher Tuben zu dilatiren. Nach wochenlanger, mit Ausdauer und Präcision durchgeführter Intubation konnte eine Verkleinerung genannter Wülste nicht erreicht werden, der Process nahm seinen Fortgang und bedingte die Tracheotomie. Nach dieser wurde die Intubation $1^1/_2$ Monate hindurch fortgesetzt, das Resultat war aber gleich



Null, so dass N. am 12. Mai v. J. die Laryngofission nach der ihm eigenen Methode ausführte und die knapp unterhalb beider Stimmlippen befindlichen Wülste in toto exstirpirte. Die nach der Operation zu Stande gekommene Stenose konnte mittelst Intubation leicht behoben werden, so dass die Canüle schon 2 Monate vor der Vorstellung entfernt werden konnte. Die Athmung ist vollkommen frei, von einem Recidiv keine Spur.

Zwillinger constatirt den Erfolg. Die operative Entfernung der subchordalen Wülste in gegebenen Fällen findet er auch angezeigt.

Baumgarten macht eines Scleromfalles Erwähnung, in welchem sich nicht nur im Nasenrachenraume, sondern auch im Kehlkopfe Veränderungen befinden. Das Infiltrat ist so hochgradig, dass es Athemstörungen verursacht. Durch methodische Intubation ist es gelungen, die Athemstörung zu beseitigen und wird es wahrscheinlich gelingen, die Tracheotomie zu umgehen, besonders wenn es Pat. dahin bringt, sich den Tubus selbst einzuführen.

v. Navratil: In dem von B. angeführten Fall ist nur die eine Seite befallen, während in seinem Falle beiderseits harte, resistente Knoten aufsassen.

3. Polyák: Präparat eines Schädelbasisfibroms. Das Präparat stammt von einem 16 Jahre alten Knaben, welcher seit 8 Monaten an linksseitiger Nasenverstopfung und Kopfschmerzen litt, die linke Hälfte des Gesichts schwoll mässig an und auch ein mässiger linksseitiger Exophthalmus wurde sichtbar. P. fand den Nasenrachenraum besonders links mit einer hühnereigrossen, prall elastischen und sehr harten Geschwulst ausgefüllt, welche dem Rachendache breit aufsass, ein langer Fortsatz füllte den linken Nasengang gänzlich aus und war an der Spitze schon nekrotisch. Probeexcision des Fortsatzes in der Nase. Der entfernte Theil erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein typisches, etwas zellenreiches Fibrom. Die Operation ist vom Doc. Herczel mittelst temporärer Resection des Oberkiefers nach Partsch mit radicaler Entfernung der Geschwulst ausgeführt worden. Pat. erholte sich schwer und wird nach erfolgter Heilung vorgestellt werden.

Die entfernte Geschwulst (Demonstration) ist kindsfaustgross und besitzt 2 Fortsätze, der grössere lag im Nasengange, der zweite kürzere im oberen Nasengang und usurirte die orbitalen Siebbeinzellen, drang aber in die Orbita selbst noch nicht ein.

Fischer: Bei Entfernung von blutreichen Geschwülsten nach dieser Methode erscheint die praeventive Tracheotomie angezeigt.

Zwillinger: Nachdem die typischen Nasenrachenfibrome am häufigsten während der Pubertät beobachtet werden, erscheint der Verdacht nicht unbegründet, dass ihre Entwickelung mit der regressiven Metamorphose in der Rachenmandel zusammenhängt, da auch ihr Ausgangspunkt in gewissen Fällen mit der fibrösen Basis derselben zusammenfällt.

Polyák: Die Situirung entspricht nicht der Luschka'schen Tonsille. Der Ausgangspunkt befand sich nicht am Rachendache, sondern an derjenigen Stelle

des Fornix, wo Keilbein und Vomer zusammenstossen, wo adenoides Gewebe nicht vorhanden ist. Viel wahrscheinlicher ist der Ursprung aus dem Periost.

4. Polyák: Papilloma durum der Nase. Patient, 42 Jahre alt, klagt, dass seit einigen Monaten die linke Nasenhälfte gänzlich verstopft sei. Dieselbe war ausgefüllt mit einer grauweisslichen, knolligen Geschwulst von papillärer Oberfläche, welche ihren Ausgang von dem hinteren Theile des mittleren Nasenganges zu nehmen schien. Am 7. Juli entfernte P. die breit aufsitzende Geschwulst mit der kalten Schlinge.

Die entfernte Geschwulst (Demonstration) ist ziemlich gross, breitbasig, verzweigt, einem Korallenzweige ähnlich, sehr dicht, elastisch und an der Oberfläche mit kleinen Papillen dicht besetzt. Das mikroskopische Bild zeigt eine verzweigte, nicht übermässig zellenreiche, bindegewebige Basis, wird überall handschuhartig eingehüllt von der ausserordentlich verdickten Epithelialschicht, welche ausschliesslich aus Plattenepithel besteht, stellenweise 30—40 Schichten besitzt und auf der Oberfläche stark verhornt ist. Stellenweise sind die Epithelien in Mitose begriffen.

Diese Geschwülste nehmen, was die pathologische Natur betrifft, eine Mittelstelle zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen ein. Sie sind ursprünglich sicher benigner Natur, indessen kommt die Abschnürung in die Tiefe wuchernder Epitheliallappen nicht selten vor und ist eine nachfolgende Heteroplasie der Geschwülste niemals ausgeschlossen.

Zwilllinger: Das Präparat zeigt histologisch papilläre Structur. Das Verhältniss dieser Neoplasmen zum Carcinom ist dasselbe, wie das der Leukoplasie und der Pachydermie. Die pathologischen Veränderungen sind bei Weitem nicht charakteristisch, Aufschluss giebt allein der klinische Verlauf.

Polyák: Dass das Papilloma durum der Nase an der Grenze der gutartigen und der bösartigen Geschwülste liegt, hat er in dem Sinne gesagt, dass in jedem einzelnen Falle zu entscheiden ist, in welche Gruppe die betreffende Geschwulst gehört. Zweifellos ist das Papilloma durum zu Beginn gutartig, doch nicht selten findet man tief eingedrungene und abgeschnürte Epithellappen, Zeichen der Heteroplasie. v. Navratil.

II. Sitzung vom 21. Februar 1901.

Vorsitzender: v. Navratil.

Secretär: H. Zwillinger.

1. v. Navratil: Opereririrter Fall von Kehlkopfverengerung. 24 Jahre alte Köchin, aufgenommen am 29. December 1900. Klagt über seit 5 Monate anhaltenden Husten und Heiserkeit, in der letzten Zeit auch über Athembeschwerden. Linkes Stimmband und subchordale Region hochgradig infiltrirt, dasselbe sowie der entsprechende Giessbeckenknorpel fixirt. Das Infiltrat greift auf die rechte Seite über, ohne das rechte crico-arytenoidale Gelenk ganz unbeweglich zu machen. Das rechte Stimmband als schmaler Streif sichtbar. Die

Glottis in toto verengt. Ueber den Lungen zerstreut kleinblasige, zum Theile trockene, Rasselgeräusche hörbar, Temperatur zwischen 37,6—37,8. Trotz Antiphlogose steigert sich nebst den objectiven Erscheinungen im Larynx die Athemnoth in dem Grade, dass am 5. Tage nach der Aufnahme die Tracheotomie vorgenommen werden muss. Das aus der Luftröhre stammende Sputum ergiebt geringe Mengen von Tuberkelbacillen. Die nach dem Eingriffe eingeleitete Medication setzt den Husten herab, die Temperatur wird normal. Im Kehlkopf ist in der zweiten Woche nach der Operation bedeutende Besserung constatirbar, nach weiteren 2 Wochen werden die Bewegungen des rechtsseitigen Giessbeckenknorpels ganz frei. Nach weiteren 2 Wochen bildet sich auch das linksseitige Infiltrat soweit zurück, dass vor 2 Wochen, nachdem die Bewegung in beiden Gelenken eine normale geworden war, die Canüle entfernt werden konnte. Im Sputum keine Bacillen mehr. Vortragender führt das rasche Verschwinden der Stenose auf folgende Ursachen zurück: 1. Die Veränderungen in den Lungen sind nicht hochgradig. 2. Durch die tiefe Tracheotomie sind die betroffenen Theile in absolute Ruhe gesetzt worden, welchem Umstande ein bedeutender Einfluss darauf zuerkannt werden muss, dass der Process sich in toto zurückgebildet hat.

2. v. Navratil: Kehlkopflähmung nach Strumectomie. 38 Jahre alte Frau, wurde vor 7 Jahren, als sich in Folge einer faustgrossen, rechterseits sich entwickelnden Struma Athembeschwerden einstellten, operirt. Der leicht geschwollene linke und Mittellappen der Schilddrüse wurden intact erhalten. Rechtes Stimmband zeigt nach der Operation normales Verhalten. In den seither verlaufenen 5 Jahren hat sich Pat. wohl befunden, erst seit einigen Monaten ist der linke und mittlere Lappen ziemlich rasch bis auf doppelte Faustgrösse angewachsen. Der Kehlkopf, hauptsächlich aber die Luftröhre sind nach rechts verdrängt, der Athem erschwert. Pat. suchte dieserhalb am 2. Juni l. J. die Abtheilung auf und wurde am 12. Juni die Struma, welche sich vom oberen Rande des Schildknorpels bis in das Jugulum und zum Theil auch substernal erstreckte, nach der Methode von Hocker entfernt. Die Athmung ist frei, die Stimme ganz wenig umflort. Das linke Stimmband und entsprechendes Gelenk gelähmt. Zu bemerken ist, dass während des Herauspräparirens der Geschwulst der N. laryng. inf. nicht zum Vorschein kam und in der entfernten Geschwulst trotz sorgfältigster Untersuchung, Nervenfasern nirgends zu finden waren. Vortr. hat nach ähnlichen eingreifenden operativen Verfahren, besonders nach Heilungen mit tief einziehenden Narben, immer Stimmbandlähmungen beobachtet, im vorgestellten Falle führt er das Zustandekommen derselben auch auf den erwähnten Umstand zurück. Auf Massage und Electrisiren haben sich die Lähmungen mit zunehmender Dehnung der Narben gradatim gebessert und sind schliesslich geheilt. Auch in diesem Falle ist nach Anwendung dieser Verfahren eine Wiederherstellung der Function des Oeffners in geringem Maasse zu constatiren. Hoffentlich wird — nachdem der Nerv intact geblieben — die Restitution in kurzer Zeit erfolgen.

Zwillinger hat einen Fall von Aneurysma mit completer linksseitiger Recurrenslähmung beobachtet. 4 Monate nach der ersten Untersuchung sah er Pat. wieder, Stimme vollkommen rein, die Beweglichkeit auf der linken Seite normal.

In 2 anderen ähnlichen Fällen konnte Z. nach Aufhören des Druckes ebenfalls die Functionsstörung schwinden sehen.

Baumgarten bemerkt, dass wohl der Recurrens erhalten blieb, dass aber einzelne kleine Zweige desselben höchst wahrscheinlich verletzt wurden, es fragt sich nur, ob nicht eher dieser Umstand die Lähmung verursache, als die Zerrung des Nerven durch die Narbe. Die Lähmung ist nicht vollständig, beide Stimmbänder beinahe in der Medianlinie fixirt, zeigen das Bild, welches Geschwülste im Anfangsstadium ihrer Entwickelungen zu erzeugen pflegen. Derartige Lähmungen heilen oft ohne therapeutische Eingriffe.

v. Navratil bemerkt, dass auch eine genaue mikroskopische Untersuchung unternommen und keine Spur von Nervenfasern vorgefunden worden ist.

3. Zwillinger: Fall von Laryngostenose, entstanden durch Verwachsung des Kehldeckels mit den aryepiglottischen Falten. 25 Jahre alt, wurde wegen seit längerer Zeit anhaltenden Athembeschwerden vom Militär entlassen, sucht dieserhalben und wegen seit Tagen anhaltenden Schlingbeschwerden Hilfe. Pat. aquirirte im Sommer 1896 Lues, machte eine regelmässige Inunctionscur durch, worauf alle Erscheinungen schwanden, erst in den letzten 2 Jahren merkte Pat. bei angestrengtem Arbeiten, bei raschem Gehen, dass ihm der nöthige Athem fehle.

Aditus ad laryngem wird von dem nach hinten beugenden Kehldeckel vollständig verlegt, die Epiglottis gleicht der Form eines Schmetterlinges mit ausgebreiteten Flügeln, der schmale Körper einer nach oben convexen Rinne, welche mit ihren Spitzen die hintere Pharynxwand beinahe erreicht. Sichtbar sind nur die unteren 2 Drittel der Giessbeckenknorpel und sieht man bei der Phonation sich dieselben einander nähern. Bei dem Versuch, in aufrechter Stellung bei auf dem Zungengrund ausgeübten Drucke den Kehlkopf zu sehen, wird soviel erreicht, dass die innere Fläche der hinteren Larynxwand in der Ausdehnung von ca. 2 mm übersehen wird. Auch der Versuch, den Kehldeckel mittelst zweckmässig gekrümmten Sonden zu heben, gelingt nur zum geringen Theil. Bei der Untersuchung mit der Sonde ergiebt sich, dass ein seitliches Einführen derselben zwischen die zum Theile seitlich sichtbaren aryepiglottischen Falten und die ein wenig eingerollten Seitenränder des Kehldeckels sowohl links als rechterseits unmöglich ist. Ebenso ist es unmöglich, die zweckmässig gekrümmte, unter den Kehldeckel gebrachte Sonde seitlich durchzuführen. Es ist somit eine Verwachsung des Kehldeckels, resp. dessen seitlichen Ränder und der Umrandung des Kehlkopfeinganges resp. der aryepiglottischen Falten vorhanden.

Die Lösung der Verwachsung wird nicht leicht sein, da dieselbe, wie man sich mittelst Sonde überzeugen kann, ziemlich breit und fest ist.

v. Lénárt empfiehlt die convex sich emporwölbende Partie des Kehldeckels zu reseciren. In dieser Weise würde die Stenose behoben und auch das Schlingen nicht gefährdet sein.

Donogany ist ebenfalls dieser Ansicht, meint, dass der Kehldeckel nach seiner Loslösung an den Zungengrund fixirt werden könnte, hielt aber das früher vorgeschlagene Verfahren für zweckentsprechender.

Zwillinger wird, wenn ein einfacheres Verfahren nicht zum Ziele führt, die Epiglottis reseciren.

4. Zwillinger: Obturirende Ecchondrose der Nasenscheidewand. Pat. suchte wegen totaler Verlegung der rechten Nasenhälfte und wegen nasalen Timbres seiner Sprache Hilfe. Seine rechte Nasenhälfte ist vorne durch eine breitbasige, die ganze Höhe der knorpeligen Nasenscheidewand einnehmende knorpelharte, die laterale Nasenwand berührende, zum Theile dieselbe verdrängende Geschwulst ausgefüllt, welche nur gegen den Nasenboden hin eine ca. $^1/_2$ mm grosse Oeffnung frei lässt. Linkerseits findet sich doppelte Skoliose der Nasenscheidewand. Der als Knorpelauswuchs erkannte Tumor wurde unter sehr pünktlich ausgeführter Asepsis mit der Stichsäge entfernt. Der Fall bietet lediglich wegen der Grösse der Knorpelgeschwulst Interesse.

Baumgarten: Seine Empfehlung des Schleich'schen Verfahrens bezieht sich hauptsächlich auf Operationen, die die knöchernen Antheile der Scheidewand betreffen.

Donogany warnt vor zu energischem Desinficiren, da hierdurch die bactericide Eigenschaft der Nasensecrete leidet. Wo Eiterung vorhanden ist, ist natürliche Ausspülung am Platze.

Zwillinger hat nach endonasalen Operationen persönlich keine schlechten Erfahrungen, doch haben Andere solche, aus diesem Grunde glaubt N. die Cautelen der Antiseptik nie ausser Acht zu lassen.

5. Baumgarten: a) Syphilis oder Carcinom? b) Syphilis oder Tuberculose? a) 56jährige Pat., hatte vor 25 Jahren Lues. Es besteht Heiserkeit und in den letzten Tagen zunehmende Dyspnoe und Dysphagie. An der rechten aryepiglottischen Falte ein haselnussgrosser Tumor, der die rechte innere Kehlkopfhälfte verdeckt, das linke falsche Stimmband sehr infiltrirt, das linke Stimmband nicht sichtbar. Exstirpation eines Stückes des Tumors. Nach Jodkaligebrauch in 14 Tagen die Athembeschwerden vollständig geschwunden, der Tumor bedeutend kleiner, Schlingbeschwerden gebessert. Das mikroskopische Präparat ist nicht sehr charakteristisch, man sieht viele Epithelzapfen und Epidermiskugeln, jedoch kann man eine unregelmässige Structur der Epithelialwucherungen nicht nachweisen. Trotz dieser Besserung und des unsicheren mikroskopischen Befundes macht das Bild doch den Eindruck eines Carcinoms.

b) Im folgenden Falle hat das Jodkali trotz 3 wöchentlichen Gebrauches nicht nur keine Besserung erzielt, sondern es wurde die Kehlkopfstenose so gross, dass vor 4 Tagen die Tracheotomie gemacht werden musste.

35 Jahre alter Mann, hat vor Jahren Lues gehabt, ist seit einigen Wochen heiser und leidet seit 3 Wochen an zunehmender Athemnoth. Der Kehlkopf ist in toto geschwollen, falsche Stimmbänder stark infiltrirt, die wahren ebenfalls, an den Rändern gezackt und berühren sich fast. Aryepiglottische Falten verdickt und geschwollen.

Im Sputum keine Bacillen, weshalb, trotzdem das Jodkali keinen Erfolg hatte, die Diagnose auf Lues aufrecht erhalten werden muss.

v. Lenárt hält den ersten Fall auf Grundlage des klinischen Bildes für Carcinom. Dass der histologische Befund eine Deutung in dieser Richtung nicht zulässt, liegt möglicher Weise daran, dass das excidirte Stück nicht aus genügender Tiefe stammt. Dass auf Jodkali Besserung beobachtet werden konnte, thut diesem Umstande keinen Abbruch, da dies eine alte Erfahrung bildet.

Baumgarten plant totale Kehlkopfexstirpation.

6. Baumgarten: Rechtsseitige Stimmbandlähmung. Bei dem 18jährigen Jünglinge besteht seit 3 Wochen mässige Heiserkeit, seit 8 Tagen zunehmende Schlingbeschwerden. Rachen und Kehlkopf normal, nur sieht man das rechte Stimmband nahe zur Mittellinie fixirt, dabei extendirt. Es besteht eine Lähmung des rechten Posticus und des rechten Thyreo-arytenoideus. Brustorgane normal, dagegen sind am Halse mehrere bis taubeneigrosse infiltrirte Lymphdrüsen zu fühlen, weshalb auch angenommen werden muss, dass eine solche Lymphdrüse den N. laryng. inf. drückt und dieselbe oder eine andere den Oesophagus durch Druck verengert. Die innere Darreichung von Jod hat schon nach zwei Tagen eine kleine Besserung erzielt.

7. Waldmann: Ein Fall von Scleroma laryngis et cavi rhinopharyngealis. 23jährige Arbeiterin. Seit 1 Jahre Athemnoth, häufige Erstickungsanfälle, Heiserkeit. Lues auszuschliessen.

Die vorderen Gaumenbögen bilden einen vollständigen Halbkreis, sind unbeweglich, hart. In der Nase beiderseits theilweise blennorrhoeartiges Secret oder getrocknete, schmutzige, übelriechende Krusten. Der Nasenrachenraum in toto verengt; von allen Seiten angeschwollene, infiltrirte, harte Wände, die hintere Kante des Septums aufs Vierfache verdickt. Die Schleimhaut injicirt, hart, mit Secret und Krusten bedeckt. Die Rachenmandel hypertrophisch. Die Tubarknorpel sind verdickt und springen sehr hervor. Stimmbänder sind ausserordentlich stark infiltirt, dick, links ist das subglottische submucöse Gewebe ebenfalls immens infiltrirt und bildet mit dem Stimmband einen sich hervorwölbenden dicken Strang. Die Entfernung der Stimmbänder beim tiefsten Inspirium kaum 3—4 mm.

Am 19. Januar erste Schrötter'sche Canule No. 5.

20. Januar. Erste Intubation mit dem kleinsten Tubus für Erwachsene nach O'Dwyer. Die Kranke wird nach genügender Erweiterung der Stenose im Selbstgebrauch der Schrötter'schen Canule unterrichtet und entlassen.

v. Navratil.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, Juni. 1902. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **John N. Mackenzie. Das Studium der Laryngologie an der Universität und bei der höheren medicinischen Ausbildung. (The study of laryngology in the university and in the higher medical education.)** *Journal American Medical Association. 20. Juli 1901.*

Enthält die Ansprache des Verf. als Vorsitzender der Section für Laryngologie und Otologie auf der 52. Jahresversammlung der American Medical Association von 4—7. Juni 1901. Es wird darin die Bedeutung der Laryngologie für den Studirenden ins rechte Licht gesetzt. EMIL MAYER.

2) **Arslan. Statistischer Bericht über die vom 1. Januar bis 31. December 1900 behandelten Kranken. (Resocondo statistico degli annualati curati del 1. Gennaio al 31. Dicembre 1900.)** *Bollet. d. Malattie del'orecchio etc. August 1901.*

Die Zahl der behandelten Patienten betrug 1350. An der Hand seiner Statistik giebt Verf. einen Ueberblick über die an seiner Klinik hauptsächlich geübten therapeutischen Methoden. Hinsichtlich der endolaryngealen Operation von Carcinomen erklärt sich Verf. — die wohl allgemein anerkannte strenge Indicationsstellung vorausgesetzt — als Anhänger derselben; er verfügt über einen seit 2 Jahren geheilten Fall bei einem 60jährigen Mann. FINDER.

3) **Taillers** (Genf). **Der Tod der Kinder durch Hypertrophie der Thymus. (Sur la mort chez les enfants par hypertrophie du thymus.)** *Revue méd. Suisse romande. No. 6. 1901.*

Nach anatomischer Einleitung bespricht Verf. die bis heute beurtheilbare Bedeutung der Thymus im Körperhaushalt. Dieselbe scheint 1. in einem compensatorischen und antagonistischen Verhältnisse zur Schilddrüse zu stehen. Ihre therapeutische innere Anwendung bewirkt Besserung der durch Hypersecretion (Basedow) der Schilddrüse entstehenden Nervosität (Mikulicz). 2. Ferner ist ein deutliches Verhältniss der Thymus zum Rhachitismus längst bekannt. Verf. nimmt an, dass sie die allgemeine Ernährung des Körpers, speciell des Knochens

beeinflusse; 3. dass sie ferner in hämopoetischer Weise, ähnlich der Milz, das organische Eisen zur Verwendung bei dem daran zu armen Blut des Neugeborenen aufspeichere; 4. dass sie endlich eine defensive Rolle gegen Infectionen des Körpers zu spielen scheine (Brieger, Kitisato, Wassermann), wobei sie starke Hypertrophie aufweise.

Die Frage des Einflusses der Thymus auf die bekannten Stickanfälle der kleinen Kinder machte bis jetzt verschiedene Phasen durch, von der vollkommenen Ableugnung derselben (z. B. Strümpel, Pathologie und Therapie. 1883), bis zur positiven Behauptung (Bichat u. A.) und bis zum strikten Beweise (Virchow, Hirsch, Grawitz, Post u. A., sowie Verf.), welche die colossalen Vergrösserungen der Thymus nach plötzlich in Form von Erstickung oder Herzlähmung eingetretenen Todesfällen bei Kindern anatomisch nachwiesen.

Verf. beschreibt zwei eigene Fälle, welche die zwei soeben genannten Formen des Thymustodes repräsentiren. Der Mechanismus besteht bei der einen Form (Erstickung) in Plattdrückung der Trachea und selbst der Bronchien. Bei rhachitischen Kindern wird dieselbe gefördert durch die Verengerung des ohnehin engen „kritischen Raumes“ zwischen Trachea und oberen Ende des Brustbeins. Der laryngoskopisch dabei beobachtete Spasmus glottidis erklärt sich durch diesen acuten Druck vollkommen. Bei der anderen Form schwillt die Thymusdrüse ganz plötzlich hochgradig congestiv an und führt durch Druck auf Herz und grosse Gefässe die Herzlähmung herbei. An diese Todesform der Syncope durch Schwellung der Thymus hat auch die legale Medicin zu denken, wie von Verf. citirte Fälle beweisen. Die plötzliche Schwellung der Drüse kann unter dem Einfluss von fieberhaften Intoxicationen des Organismus, z. B. des Darms, entstehen, während infolge von Rhachitismus, Schilddrüsenerkrankung oft die langsame Schwellung derselben zu Stande kommt. Verf. zählt seine beiden Fälle je einem dieser ursächlichen Momente zu.

Die Behandlung ist bei der Syncopeform wegen ihres rapiden Verlaufes vollkommen unmöglich. Bei der asphyctischen Form erweisen sich Intubation und Tracheotomie stets als unzureichend, da die Drüse im Thorax sitzt. In einem einzigen Falle gelang es nach vergeblicher Tracheotomie, einen Zipfel der Drüse in der oberen Thoraxapertur zu erwischen und die Drüse heraufzuziehen und oben zu fixiren, worauf das Kind genas. Sonst schlägt Verf. bei Thymusasphyxie eine Spaltung des oberen Endes des Sternums vor, um den kritischen Raum zu entlasten.

Jedenfalls ergiebt diese Arbeit eine vollkommene Rettung des oft verleugneten Begriffes des Asthma thymicum und der physio-pathologischen Bedeutung der Thymusdrüse nach verschiedenen Richtungen hin.

JONQUIÈRE.

4) **C. Miot. Thymusschwellung geheilt durch Schilddrüsenextract. (Tumor of the thymus cured by thyroid extract.)** *N. Y. Medical Record. 23. März 1901.*

Es handelt sich um ein 5jähriges Kind, bei dem in einer einzigen Nacht eine Anschwellung beider Thymuslappen eingetreten war. Verf. vermuthete Hyperämie mit Blutung ins Drüsengewebe. Elektricität und Jodbehandlung waren wirkungslos.

Unter Verabreichung von Schilddrüsenextract in Dosen von 0,1 g ging jedoch die Schwellung im Verlauf von 4 Monaten gänzlich zurück. LEFFERTS.

5) **B. A. Waddington. Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres. (Disease of the upper respiratory tract and ear.)** *Medical age. 10. Juli 1901.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

6) **C. S. Hawkes** (Brisbane, Queensland). **Symptome in den oberen Luftwegen bei Allgemeinerkrankungen. (Symptoms in the upper respiratory tract associated with general diseases.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Juli 1901.*

Verf. bespricht die Krankheitserscheinungen, die wir bei Allgemeinerkrankungen der oberen Luftwege beobachten. Nasenbluten bei Leuten, die schon ein mittleres Lebensalter überschritten haben, ist, wenn es häufiger und schwer auftritt, immer ein bedeutsames Zeichen. Meistens bestehen dann gleichzeitig erhöhte Pulsspannung oder Herzerscheinungen. Tamponade der Nase ist in solchen Fällen zu widerrathen und Herabsetzung des peripheren Blutdruckes mit Nitriten und Nitroglycerin zu erstreben und Anregung des Herzens durch Strophantus oder Strychnin. Bei jüngeren Leuten trifft man Nasenbluten nicht selten bei bestehender Mitralstenose.

Im Pharynx kommen gleichfalls Erkrankungen vor, bei denen die Localbehandlung wirkungslos ist, so z. B. die Formen von Pharyngitis bei Diabetes und Albuminurie; bei Diabetes trifft man oft als erstes Symptom eine Pharyngitis sicca. Bei Aneurysmen bestehen oft als Frühsymptom Stimmstörungen durch Druck auf den linken oder seltener den rechten Recurrens. A. T. BRADY.

7) **L. F. Page. Erkrankungen der oberen Luftwege in Beziehung zur geistigen Entwickelung. (Disease of the upper air passages in relation to the mental development.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1901. Annals Otology, Rhinology and Laryngology. August 1901.*

Die Hemmung des körperlichen Wachsthums verzögert auch die geistige Entwickelung. EMIL MAYER.

8) **Kreilsheimer** (Stuttgart). **Ueber den Einfluss von Erkrankungen der oberen Luftwege auf Beginn und Verlauf der Tuberculose.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 4. Jahrg. 1901.*

Kreilsheimer weist in seinem Vortrage darauf hin, dass der Symptomencomplex der beginnenden Tuberculose durch Reizzustände in den oberen Luftwegen imitirt werde und verlangt, dass in allen Fällen von beginnender Tuberculose, wie auch bei allen auf Tuberculose verdächtigen Fällen die genaue Revision der oberen Luftwege vorgenommen werden solle und zwar vor Beginn der allgemeinen Behandlung. SEIFERT.

9) **Suchannek** (Zürich). **Ueber Tuberculome der oberen Luftwege. Nach eigenen und fremden Erfahrungen.** *Bresgens Sammlung zwangloser Abhandlungen etc. Marhold, Halle. V. No. 6 u. 7. 1901.*

Es erscheinen auf dem unteren vorderen Drittel des Septums anscheinend mit Epithel bekleidete, blasse, lebhaft rothe, graurothe oder graugelbliche breit-

basige, kirsch- bis wallnussgrosse, morsche oder derbe Geschwülste, die manchmal die Nasenscheidewand durchbrechen und sich auf die andere Seite einen Weg bahnen. Aehnliche Tumoren finden sich öfter auch an den Muscheln — selten an der mittleren, fast nie an der oberen — oder am Nasenboden. Sie ulceriren in späteren Stadien.

Ferner kommen auch kleinere gestielte Tumoren vor.

Die Tuberculome gehören klinisch eigentlich zum Lupus, da sie sich langsam und schmerzlos entwickeln und eine erhebliche Grösse erreichen können, ohne central zu verkäsen, spät ulceriren u. a. m. Dann veröffentlicht S. mehrere selbst beobachtete Fälle und berücksichtigt die in der Literatur niedergelegten.

Die Möglichkeit, dass diese Geschwülste primäre sein können, ist zuzugeben; die Einimpfung des Tuberkelbacillus geschieht mechanisch oder durch Einathmung.

Im Frühstadium findet man die Kleinknötchenform, später die Tuberculom- und Ulcusform; Recidive sind häufig.

Das Carcinom unterscheidet sich vom Tuberculom durch seine grössere Neigung zum Zerfall, bedeutenderes Tiefenwachsthum, die harten, ausgezackten und erhabenen Ränder und frühzeitige Lymphdrüsenschwellung. Gummata sind härter, ergreifen gerne den Knochen u. a. m.

Schwellgewebe an der Nasenscheidewand und chronisch hyperplastische knollige Muschelschleimhaut kann mikroskopisch identificirt werden.

Die Behandlung ist eine operative und muss energisch und lange durchgeführt werden.

Im Nasenrachen sind die Tuberculome sehr selten, noch seltener aber im Mundrachen.

Im Larynx stellen sie röthliche oder grauweissliche, glatte oder warzige, meist breitbasige, erbsen- bis kleinhaselnussgrosse Tumoren dar. S. hält sie für secundär.

Differentiell-diagnostisch sind zu berücksichtigen Fibrome, Papillome, weniger Sarcome, Carcinome, ferner Lupus.

Die Therapie besteht in möglichst frühzeitiger radicaler Entfernung.

A. ROSENBERG.

10) **P. H. Gerber** (Königsberg). **Beiträge zur Kenntniss der Lepra der oberen Luftwege und der Verbreitung der Leprabacillen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. XII. 1. S. 98. 1901.*

In einer umfangreichen Arbeit, die sich auf umfassende historische Studien und eine Casuistik von 6 eigenen, klinisch und bakteriologisch sehr gründlich studirten Fällen stützt, kommt G. zu folgendem Resultate:

1. In den ganz gesunden oberen Luftwegen Lepröser sind im Allgemeinen keine Bacillen nachzuweisen. 2. Die typisch erkrankten oberen Luftwege sondern fast ausnahmslos und beständig Leprabacillen ab, und zwar in solchen Massen, dass alle anderen Herde dagegen verschwinden. 3. Die grösste Bacillenaussaat liefert die Nase. 4. Je weiter nach unten der Herkunftsort des Secretes liegt, um so bacillenärmer ist dieses. 5. Der Nachweis der Bacillen in den flüssigen wie trockenen Secreten gelingt noch nach Wochen und Monaten, bis zu einem Jahre

hin. 6. Entsprechend der Bedeutung des Nasensecretes kommen als Zwischenträger infectiösen Materials in erster Reihe die Taschentücher in Betracht, demnächst alle Wäsche- und Kleidungsstücke, die mit diesen Secreten vornehmlich in Berührung kommen.

v. Bergmann u. A. beobachteten, dass Wäscherinnen ein bemerkenswerthes Contingent zu den Leprösen stellen. Die Hypothese Sticker's, dass die Nase den Sitz des Primäraffects darstellt, ist schon im 17. Jahrhundert und auch späterhin ausgesprochen und vertreten worden; sie mag für manche Fälle zutreffen, keineswegs aber trifft sie für alle Fälle zu. Trotzdem verdient die Lepra der oberen Luftwege ganz besondere Beachtung, weil durch ihre Behandlung die Gefahr der Verbreitung der Lepra gemindert, wenn nicht beseitigt wird. Speciell das Nasensecret ist bei der Lepra, was das Sputum bei der Phthise. Taschentücher dürfen gar nicht gestattet werden, statt ihrer muss der Lepröse ein Material benutzen, das nach dem Gebrauch sofort vernichtet werden kann.

F. KLEMPERER.

11) **Wolf** und **Friedjung. Zur Casuistik der Stenose der oberen Luftwege.** (Aus dem VIII. Jahresberichte der Kinderabtheilung des Spitales der Allgemeinen Poliklinik in Wien.) *Wiener med. Wochenschrift. 1901. No. 36 u. 37.*

Der erste Fall betraf ein Kind, das durch die Tracheotomiewunde ein Knochenstück aushustete, welches lange Zeit in den Luftwegen war und Diphtherie vortäuschte, weswegen das Kind andernorts mehrmals ohne Erfolg intubirt wurde. Der Fall bietet wieder ein typisches Bild für die Schwierigkeit in der Diagnostik der Stenose der oberen Luftwege im Kindesalter. — Weiter wird ein Fall von Cyste in der rechten Vallecula eines dreijähriges Kindes besprochen. —

CHIARI.

12) **Martuscelli** und **Prota. Experimentelle und histologische Untersuchungen über plötzliche Asphyxie infolge von Ertrinken, mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen an den oberen Luftwegen und dem Ohr. (Ricerche sperimentali ed istologiche sulla asfissia rapida per annegamento con speciale signardo alle lesioni delle prime vie respiratorie e dell'orecchio.)** *Archiv. Ital. di Laringologia. October 1901.*

Für den Laryngologen interessant ist von den Untersuchungsergebnissen des Verf.'s besonders, dass bei den von ihm ertränkten Thieren — Hunden und Kaninchen — die Stimmbänder in Adduction gefunden wurden. Verf. erklärt dies dadurch, dass der Tod im Falle des schnellen Ertränkens, wie er es bei seinen Versuchen übte, der Tod bei exspiratorischer Dyspnoe eintritt. Werden die Thiere langsam ertränkt, d. h. werden sie öfter hintereinander ins Wasser getaucht, so dass sie alle Stadien der Asphyxie durchmachen können, so findet man nachher die Stimmlippen in Cadaverstellung.

FINDER.

13) **Carolus M. Cobb. Hygienische Maassnahmen bei der Behandlung der katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege bei Kindern. (Hygienic measures in the treatment of the catarrhal diseases of the upper air tract in children.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. November 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

14) **Ambrosini. Die Heissluftbehandlung bei den Erkrankungen der oberen Luftwege. (L'aerotermia nelle affezioni delle prime vie del respiro.)** *Gazzett. d. osped. e delle cliniche. No. 87. 1901.*

Im Juli 1900 gaben Lermoyez und Mahn die erste Anregung zur Behandlung von Krankheiten der oberen Luftwege; diese Anregung wurde besonders von Lichtwitz aufgenommen, der im April 1901 seine Erfahrungen über diese Therapie veröffentlichte.

Verf. hat sich nun bemüht, einen Apparat zu construiren, mittels dessen es möglich sein sollte, eine trockene bis auf 90° erwärmte Luft sicher und gefahrlos anzuwenden. Als Modell diente ihm der von Telschow angegebene und von den Zahnärzten zur Austrocknung cariöser Zahnhöhlen vor der Füllung benutzte Apparat, dessen Wesen in der Hauptsache darin besteht, dass die Luft durch eine kleine cylindrische Kammer streicht, deren Durchmesser ausgefüllt wird von einer Platinspirale, die durch Elektricität zum Glühen gebracht wird. Verf. hat damit auch eine medicamentöse Wirkung zu verbinden versucht, indem er die Luft durch die mit dem Medicament gefüllte Flasche gehen liess.

In diesem als vorläufige Mittheilung bezeichneten Artikel weist Verf. nur mit wenigen Worten auf die Erkrankungen hin, bei denen sich ihm die Heisslufttherapie nützlich erwies. Es sind dies erstens solche, bei denen Anomalien der Secretion im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, ferner Erkrankungen nervöser Natur, sowohl solche, die als Reflexerscheinungen zu deuten sind, wie solche, die von Störungen im Centralnervensystem abhängen, als auch schliesslich solche, die auf eine Beeinträchtigung der specifischen Sinnesempfindung z. B. der Riechschleimhaut hinweisen.

FINDER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **C. Dietsch** (Sachsenhausen). **Ein Beitrag zur Aetiologie des Heufiebers.** *Deutsche med. Wochenschr. 1901. No. 7.*

Verf. ist selbst in hohem Grade für das Heufieber disponirt. Er theilt eine Anzahl an sich selbst beobachteter Thatsachen mit, die nur unter der Annahme erklärt werden können, dass das Heufieber keine Infectionskrankheit ist, sondern durch Reizung der Schleimhäute bei dazu dauernd disponirten Individuen, ausgeübt durch den in der Luft suspendirten Blüthenstaub, entsteht (Pollentheorie). Die kurze Abhandlung sei der Beachtung dringend empfohlen.

ZARNIKO.

16) **Axillos. Das Heufieber und seine Mikrobennatur. (L'asthme des foins et sa nature microbienne.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Juillet 1901.*

Bei 35 Asthmakranken fand A. im Nasenschleim einen Micrococcus, den er wieder im Blute des Patienten nachweisen konnte. Derselbe wird bald in Gruppen, bald isolirt vorgefunden, ist an der Peripherie dunkel und im Centrum hell. Derselbe wirke durch seine Toxine auf die sensibeln Nerven und bewirke spasmodische Contractionen der Bronchien. Seine Behandlungsweise bringt nichts Neues.

BAYER.

17) **A. D. Murphy. Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 5. October 1901.*

Verfasser ist der Ansicht, dass bei der Entstehung dieser Krankheit drei Momente in Betracht kommen: besondere Empfindlichkeit der nervösen Elemente gegenüber der Harnsäure, Anomalien der Nasenhöhlen und endlich atmosphärische und klimatische Verhältnisse. Dementsprechend gilt es, die Harnsäure möglichst auszuschalten, sowie die Nervenzellen in normalen Zustand zu versetzen. Heisse Bäder, Uebungen und sorgfältige Auswahl der Nahrung sind daneben bedeutsam. Als Medikation empfiehlt Verf. eine combinirte Arsenikgoldlösung neben lokaler Anwendung von Nebennierenextract oder dessem activem Princip, dem Adrenalin.

LEFFERTS.

18) **Notiz des Herausgebers. Die Aetiologie des Heufiebers. (The etiology of Hay fever.)** *Journal American Medical Association. 14. December 1901.*

Heymann und Matzuschita machten die Beobachtung, dass in dem Nasensekret von einem heufieberkranken Patienten bedeutend mehr Streptococcen zu finden sind als in demjenigen normaler Menschen. Zuweilen findet man sogar darin den Streptococcus in Reinculturen. Deshalb erscheint die Angabe, dass der Blüthenpollen der Träger des Krankheitserregers ist, wenig wahrscheinlich, denn der Streptococcus findet sich niemals auf dem Blüthenpollen. Diese Angabe, die zu der Pollentheorie des Heufiebers im Gegensatz steht, verdient ernstlich weiterer Prüfung.

EMIL MAYER.

19) **H. Lawenburg. Eine Heufieber vortäuschende paroxysmale Coryza nephritischen Ursprungs. (Paroxysmal coryza nephritic in origin simulating hay fever.)** *American Medicine. 16. November 1901.*

Interessant in diesem Fall war die Verfehlung der Diagnose, die Art und Weise wie das ursächliche Moment der Erkrankung, nämlich die Nephritis bekannt wurde, und schliesslich das Auftreten sklerotischer Arterien bei einem 12jährigen Knaben. Die Anamnese ergab keinen Hinweis auf das Bestehen einer Nephritis, und die Schwellung der Augenlider, konnte auch auf die bestehende Coryza zurückgeführt werden. Bei der Beobachtung ergab sich, dass diese Schwellung der Augenlider auch in den coryzafreien Zeiten vorhanden war. Die auf Grund davon vorgenommene Untersuchung des Urins ergab dann die Nephritis.

EMIL MAYER.

20) **A. C. Hollopeter. Heufieber auf hohem Meere. (Hay fever in Midocean.)** *American Medicine. 10. August 1901.*

Nichts bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

21) **H. Holbrook Curtis, M. D. Die Immunisirungscur gegen Heufieber. (The immunizing cure of hay fever.)** *N. Y. Medical News. 7. Juli 1900.*

Verfasser hat eine grosse „Entdeckung“ gemacht, die nach seinen eigenen Worten jedoch nur eine „Theorie“ darstellt. Die „Rhinitis vaso-motor-periodica“ oder „Corasthma ambrosiae“ kann verhütet werden durch die Darreichung von 2 bis 10 Tropfen einer Tinctur, oder eines Extractum fludium von „ambrosia arterisiaefolia“, dreimal täglich in Wasser zu nehmen, während der zwei dem An-

fall vorausgehenden Wochen. Seine Theorie muss wohl auch auf Thatsachen gestützt sein, denn er sagt weiter: „Es sind mir einige Fälle von Goldruthen- und Maiglöckchen-Asthma in Erinnerung, welche durch „Solidago odora“ und Convallaria majalis geheilt worden sind und zwar in 3—4 Tagen.“ Sogar in seinen Fällen von Jakobskraut-Asthma, in denen er seine Behandlungsmethode durchgeführt habe, habe er zwar keinen Erfolg gesehen, wenn die Behandlung erst bei beginnendem Anfall eingesetzt habe, aber wohl wenn man schon 2 Wochen vorher damit begonnen habe. Angesichts solcher wunderbaren Kurerfolge interessirt es uns natürlich, etwas über den klinischen Beweis zu hören. Da wird denn zuerst der Brief eines Pastors ins Feld geführt und weiter die Aussage einer 35jährigen unverheiratheten Dame aus bestbekannten Kreisen von St. Louis. Dieselbe bekam jedesmal wenn sie Blumenduft im Zimmer oder sogar auf der Strasse beim Vorübergehen an einem Blumenladen roch, Anfälle derart, dass die Fingernägel cyanotisch und die Extremitäten kalt wurden, und ein solcher Collapszustand auftrat, dass sie nur mit energischsten Mitteln am Leben erhalten werden konnte.“ Der Wasserextract gewisser Blumen und ihrer Pollen, 3mal täglich innerlich oder auch subcutan verabfolgt, verursacht eine wahre Umwälzung ihres ganzen Zustandes. Curtis selber schreibt darüber: „Ich begann mit Verabreichung von sterilisirten Rosenabkochungen und nach 2 Wochen vermochte Patientin sogar schon diese Blumen in ihrem Schlafzimmer zu ertragen. Darnach behandelte ich sie ebenso mit Abkochungen von Veilchen und Maiglöckchen und der Erfolg bezüglich dieser beiden Blumensorten war wieder der gleiche“ u. s. w. Solche und ähnliche Geschichten folgen mehrere.

LEFFERTS.

22) **H. Holbrook Curtis. Die Zukunftsbehandlung des Heufiebers. (The future treatment of hay-fever.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juli 1901.*

Verf. berichtet in dieser Publikation von weiteren 12 Briefen, die ihm Heufieberkranke, denen er eine Gratisflasche seines Mittels gleichzeitig mit einem Rundschreiben hatte zugehen lassen, als Antwort zurückgeschickt hatten. Er entnimmt daraus die Gelegenheit zu abermaligen Lobeserhebungen seines Heilverfahrens.

LEFFERTS.

23) **E. H. Johnson. Heufieber und seine Behandlung. (Hay fever and its treatment.)** *The medicus. Januar 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

24) **Alex Rixa. Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 20. April 1901.*

Um den Anfall zu verhüten, werden Waschungen der Nasenhöhle mit einer Lösung von einem Theil Wasserstoffsuperoxyd auf 2 Theile warmes Wasser schon drei Tage vor dem zu erwartenden Anfall angewandt. Bei Kranken mit sehr empfindlicher Nasenschleimhaut werden Zerstäubungen einer Lösung von 0,5 g Borsäure in 60 g einer 5 proc. Cocainlösung empfohlen und folgende Medikation:

R. Ammonium jod. 1,8
Ext. fluid. grindelia robusta

Ext. fluid. yerba santa aa 15,0
Aquae 60,0
M.S. täglich vier- bis fünf mal einen Theelöffel voll.

LEFFERTS.

25) **J. N. Mackenzie. Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 25. Mai 1901.*

Lokalbehandlung und folgende Medikation:

R. Zinci phosph. 0,004
Chin. sulph. 0,12
Ext. nucis vomicae 0,008
S. Eine Pille vor jeder Mahlzeit.

LEFFERTS.

26) **E. Klein. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay fever.)** *Therapeutic Monthly. Juli 1901.*

Verfasser betont die Bedeutung einer möglichst schnellen Entleerung des Intestinaltracts, wozu er die Verabreichung von Calomel in kleinen Dosen in Verbindung mit einem milden Laxans empfiehlt. Beim Auftreten stärkerer Diarrhoe tritt dann Wismuth an den Platz von Calomel. Gegen Meteorismus giebt Verfass. Menthol und Alkohol und gegen intestinale Blutungen Bleiacetat. In 50 Fällen hat Verfasser von dieser Behandlung günstige Erfolge gesehen, wofern frühzeitig mit der Medikation begonnen wurde.

EMIL MAYER.

27) **Coakley. Heufieber. (Hay fever.)** *Journal American Medical Association. 27. Juli 1901. N. Y. Medical Record. 7. December 1901.*

Verf. empfiehlt folgende reizlose Medikation:

Menthol 0,66
Camphorae 1,2
Eucalyptol 3,75
Olei pini pulmilionis 2,0
Benzoini q. s. ad 60,0
MDS. 2 stündl. mit dem Oelzerstäuber zu appliciren.

EMIL MAYER.

28) **Carrol Eugene Cook. Heufieber. (Hay-fever.)** *Western Medical Review. 15. August 1901.*

Verf. empfiehlt die innerliche Anwendung von Nebennierenextract.

EMIL MAYER.

29) **Benno Lewy** (Berlin). **Ueber einen auffälligen Befund an den Nerven der Nasenschleimhaut bei nasaler Reflexneurose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. H. 1. S. 53. 1901.*

L. hat in 2 Fällen von nasaler Reflexneurose Theile der Muschelschleimhaut untersucht; er findet „ganz ausserordentlich zahlreiche und ziemlich dicke Nervenästchen ganz dicht unterhalb der freien Oberfläche verlaufen". Die Abbildungen des in der Berl. Laryngol. Gesellschaft demonstrirten Präparates sind der Arbeit beigegeben. Der Nervenreichthum und die oberflächliche Lage derselben erklären

nach L.'s Meinung das Vorhandensein der Reflexneurose auch ohne Veränderungen in den Nervenfasern selbst.

F. KLEMPERER.

30) **H. Beyer. Athemreflexe und Olfactoriusreizung.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. Heft 3. 4. 1901.*

Bei Anwendung ätherischer Reizmittel auf den Olfactorius (bei Kaninchen) zeigte sich im Moment des Einblasens Sistirung der Athmung in exspiratorischem Stillstand, dann folgton einige flache Athemzüge, und nach Verlauf einiger Secunden kehrte der Athemtypus zur Norm zurück. Ebenso sank im Moment des Reizes der Blutdruck, um sich dann gleich wieder auf die ursprüngliche Höhe zu erheben, die Schlagfolge des Herzens verlangsamte sich und diese Verlangsamung überdauerte beträchtlich die Aenderung der Athmung.

Waren die Olfactorii durchschnitten, so blieben dieselben Thiere reactionslos. Wurden bei erhaltenen Olfactorii die Trigemini durchschnitten, so erfolgte eine Verlangsamung der Athemfrequenz ohne Erscheinungen seitens des Blutdrucks oder des Herzschlags.

Auf Aldehyd sistirte die Athmung im Moment des Reizes sogleich, als Trigeminus, Olfactorius oder beide durchschnitten waren. Die Erscheinungen stehen wohl mit der anästhesirenden Wirkung des Stoffes in Zusammenhang.

Bei Anwendung aromatischer Stoffe erfolgte nach Campher deutliche Abnahme in der Athemfrequenz, nach Zimmetaldehyd, Lavendelöl u. a. Schnüffelung, d. h. einige beschleunigte Inspirationen, dann vertiefte Athmung ohne Aenderung im Blutdruck und Herzschlag. Pfeffermünze und Salicylaldehyd erzeugten Verlangsamung der Athmung, bei anderen Thieren exspiratorischen Stillstand derselben, Verlangsamung des Herzschlags und Sinken des Blutdrucks.

Balsamische Gerüche beschleunigten die Inspiration und vertieften die Athmung; widerliche und ekelhafte Gerüche verminderten die Athemfreqrequenz resp. erzeugten Athemstillstand in Exspirationsstellung.

A. ROSENBERG.

31) **B. Fränkel** (Berlin). **Zur Hyperästhesie der Nasenschleimhaut.** *Berl. klin. Wochenschrift. 1901. 15.*

Im Anschluss an Mittheilungen von B. Lewy über Veränderungen von Nerven in der Muschelschleimhaut bei Reflexneurosen (Arch. f. Laryngol. XII) lenkt Verf. von Neuem die Aufmerksamkeit auf die Hyperästhesie der Nasenschleimhaut als nothwendiges Zwischenglied. Zur Erkennung der Hyperästhesie hat er Versuche begonnen, worin er feststellt, wie stark eine Lösung von Liq. ammon. caust. sein muss, um eine unangenehme Empfindung zu erzeugen. Das Mittel scheint um 20 pCt. zu liegen. Er gedenkt ferner des Cocainexperiments und verlangt, dass man chirurgisch nur dann vorgehen solle, wenn auch ausser der Reflexneurose Veranlassung dazu vorhanden sei (eine sehr beherzigenswerthe Praxis, die Ref. schon seit vielen Jahren mit Nutzen befolgt). Zum Schluss ventilirt Verf. die Frage, ob und wann es empfehlenswerth sei, in therapeutischer Absicht die Hyperästhesie zu bekämpfen, sei es local (Cocain oder Orthoform) oder central (Brompräparate).

ZARNIKO.

32) **G. E. Davis. Ueber einige nasale Reflexe. (Some nasal reflexes.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. März 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

33) **S. B. Dabney. Nasale Neurose. (Nasal neurosis.)** *Pediatrics. 15. Februar 1901. N. Y. Medical News. 9. März 1901.*

Man sieht zuweilen Frauen mit häufigen Anfällen von Niesen, im Sommer sowohl wie im Winter. Dabei zuweilen einseitige, zuweilen doppelseitige Verstopfung der Nase. Bei der Untersuchung findet man weder Hypertrophie noch dauernde Verstopfung, sondern einfache Turgescenz der Muschelschleimhaut. Derartige Fälle werden nach folgender Medikation behandelt:

R. Acid. arsenicosi 0,06
Strych. sulph. 0,04
Ext. bellad.
Zinc. phosphoric., aa 0,25
Ext. gentian. q. s. ad pil. No. XX.

D.S. Dreimal täglich eine Pille und ausserdem locale Behandlung mit Menthol.

LEFFERTS.

34) **G. H. Turgurson. Reflectorisch von der Nase ausgelöster Husten. (Reflex Nasal cough.)** *Massachusetts Medical Journal. Juli 1901.*

Application einer 4 proc. Kocainlösung auf die mittleren Muscheln und Entfernung des zwischen mittleren Muscheln und Septum angesammelten Sekretes mit einer kleinen Sonde einmal täglich. (Wenn nach dieser wirklich bemerkenswerthen einfachen Behandlungsmethode der Husten noch weiter fortdauern sollte, dann kann nach der Vorschrift des Verfassers an dem unteren inneren Rande der mittleren Muschel Chromsäure applicirt werden, damit dem Patienten wirklich geholfen werde. Ref.)

EMIL MAYER.

35) **Cohen-Kysper** (Hamburg). **Zur Pathogenese und Therapie des Asthmas.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1900. 46.*

Als Pseudoasthma bezeichnet Verf. einen Symptomencomplex, in dem die Beschwerden des Asthmas bei negativem Lungenbefund vorhanden sind. Nach seiner Ansicht entsteht dieses Bild dadurch, dass unter dem Einfluss eines chronischen Athmungshindernisses eine Hyperästhesie der Athmungsempfindung d. h. der Muskelempfindungen in der Respirationsmuskulatur zu Stande kommt. So gelangt er dazu, für das Asthma bronchiale die reflexauslösende hyperästhetische Stelle nicht in der Endausbreitung des Trigeminus, sondern in die centralen Gebiete zu verlegen. Es soll durch chronische Athmungserschwerung eine Hyperästhesie der respiratorischen Muskelempfindungen geschaffen werden, die unter dem stärkeren Reize exabercirender Anlässe auf die sensible, motorische und vasomotorische Sphäre der Athmung reflectirt. — In Fällen, wo die Stenose des Nasenlumens wesentlich oder ausschliesslich mit der Configuration des Nasenskeletts zusammenhängt, ist die totale oder theilweise Resection der untern Muscheln angezeigt.

ZARNIKO.

36) **John Dunn. Ueber die Aetiologie des Asthmas. (Concerning the etiology of Asthma.)** *N. Y. Medical Record. 23. Februar 1901.*

Verfasser ist der Ansicht, dass Asthma nicht auf Reflexwirkung infolge von Schwellungen der Muscheln oder des Siebbeins beruht, sondern auf einem intensiven Reiz der Schleimhäute durch Stoffwechselproducte. Auf diese Weise können Asthmaanfälle bei einer Person entstehen, bei der sich die Nasenschleimhäute ausserhalb des asthmatischen Anfalles, wenigstens für die blosse Inspection als völlig normal erweisen. Dieser Reiz kann so intensiv werden, dass er zur Siebbeinentzündung und Bildung von Nasenpolypen führen kann. Das Heufieber ist der directe Ausdruck einer derartigen Irritation. Der Verfasser wendet ausdrücklich den Ausdruck Uricacidemie nicht an, weil er die Harnsäure nicht für das einzige retinirte Stoffwechselproduct hält, das derartige Störungen machen kann.

LEFFERTS.

37) **G. N. Jack. Die Pathologie des Asthmas. (The pathology of asthma.)** *Buffalo Medical Journal. Juni 1901.*

Die für die Entstehung des Asthmas bedeutsamen Blutdyskrasieen sind 1. Lymphocytose, 2. intestinale, toxaemische Leukocytose und 3. Anaemie. Die Lungen und die Nerven haben nach der Ansicht des Verfassers keine ätiologische Bedeutung.

EMIL MAYER.

38) **P. J. Farrell. Das Asthma als Folgezustand nasaler Erkrankungen. (Asthma as a result of nasal conditions.)** *Journal American Medical Association. 27. Juli 1901.*

Der Artikel verbreitet sich über die Nothwendigkeit gewissenhafter Untersuchung und Behandlung von Nasenerkrankungen bei Asthmatikern.

EMIL MAYER.

39) **W. J. Dudley. Asthma vom Standpunkt des Rhinologen. (Asthma from the standpoint of the Rhinologist.)** *Brooklyn Medical Journal. September 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

40) **J. Szmurto. Ueber neurasthenische Zustände infolge von Krankheiten der Nasenhöhle. (O stanach neurastenianych na tle zaburzen nosowych powstatych.)** *Medycyna. No. 37, 38. 1901.*

Verfasser beschreibt 3 Fälle, bei welchen dominirende Erscheinungen der Neurasthenie waren, welche auf Grund von chronischen Nasenkrankheiten entstanden waren (Syphilophobie e. c. Platz-Angst). Die Erscheinungen verschwanden nach allgemeinen Behandlungsmethoden, bei welchen auch milde locale Behandlungen angewendet wurden.

v. SOKOLOWSKI.

41) **Joseph A. White. Einige interessante Fälle von Kopfschmerzen bei Nasenerkrankungen. (Some interesting of headache due to nasal trouble.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 12. April 1901.*

4 Fälle, in denen die Kopfschmerzen auf Schwellung der Muscheln und des Siebbeins zurückzuführen waren.

EMIL MAYER.

42) **Chevalier Jackson. Nasenerkrankungen als häufig übersehener Factor bei Ohrenerkrankungen. (An overlooked nasal factor in ear disease.)** *Journal American Medical Association. 25. Mai 1901.*

Nach der Vorstellung des Verfassers kommt hier hauptsächlich eine hypertrophische Verdickung zu beiden Seiten des Pflugscharbeins an seinem hinteren freien Rand in Betracht, welche dazu führt, dass ein staubbeladener, kalter oder trockener Luftstrom gegen den Eustachischen Wulst hingeleitet wird, was eine beständige Reizung der Schleimhant in der Gegend der Tubenmündung zur Folge hat. Derartige Zustände hat Verfasser bei 25 pCt. seiner Ohrenkranken und bei 11 pCt. seiner Nasen- und Halskranken feststellen können. EMIL MAYER.

43) **Hermann H. Brown. Die Beziehung der Erkrankungen zwischen Conjunctiva, Nase und Hals. (The relation existing between diseases of the conjunctiva, nose and throat.)** *Journal American Medical Association. 15. Juni 1901.*

Verfasser ist der Ansicht, dass die combinirten Erkrankungen von Nase, Hals und Conjunctiva gewöhnlich auf reflectorischem Wege von der Nase her entstehen.

EMIL MAYER.

44) **W. Scheppegrell. Beziehungen von Nase und Hals zu Brusterkrankungen. (The nose and throat in their relation to diseases of the chest.)** *New Orleaus Medical and Surgical Journal. August 1901.*

Verf. betont die Nothwendigkeit intranasaler Untersuchungen in jedem hartnäckigen Fall von Asthma und Bronchialerkrankung. EMIL MAYER.

45) **Derrick T. Vail. Neuritis optica bei intranasalen Erkrankungen. (Optic newritis from intranasal disease.)** *American Journal of Ophthalmology. May 1901.*

Verfasser macht darauf aufmerksam, dass bei einer bestehenden Neuritis optica zu selten an die ätiologische Rolle von Nasenerkrankungen gedacht wird.

EMIL MAYER.

46) **J. S. Stule. Ein Fall von epileptiformen Convulsionen, hervorgerufen durch einen in der Nase festsitzenden Schuhknopf. (A case of epileptiform convulsions caused by shoe button in the nose.)** *Laryngoscope. October 1901.*

Titel giebt den Inhalt. EMIL MAYER.

47) **A. Schiff** (Wien). **Ueber die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Sexualorganen.** (Vortrag, geh. in der k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 11. Januar 1901.) *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 3, 4, 5.*

Eingangs wird betont, dass nur jene Angaben von Fliess, die sich auf die Beeinflussung der dysmenorrhoischen Beschwerden von den Genitalstellen der Nase aus beziehen, einer Nachprüfung unterzogen wurden. — Seine Untersuchungen stellte Schiff in 47 Fällen schwerer Dysmenorrhoe an, vorzugsweise aus dem Materiale der gynäkologischen Kliniken stammend, und schied sorgfältigst jene

Fälle aus, bei welchen die Schmerzen auch nur für kurze Zeit spontan remittirten. —

Es wurden während eines menstruellen Schmerzanfalles die Genitalstellen der Nase mit 20proc. Cocainlösung anästhesirt, und war der Vortragende in der Lage, in 72 pCt. der Fälle auf diese Art die Frauen von ihren dysmenorrhoischen Schmerzen momentan und regelmässig zu befreien und zwar konnte er bei Cocainisirung des vorderen Endes der unteren Muschel ausschliesslich den gleichseitigen Bauchschmerz, bei Anästhesirung des Tuberculum septi die Kreuzschmerzen gekreuzt beeinflussen.

Schiff nimmt, um obigen Zusammenhang zu erklären, an, dass es sich um von der Nase aus auf unbekannter nervöser Bahn in die entfernteren Regionen (Abdomen und Kreuz) projicirte Schmerzen handele, und meint, wir seien nunmehr verpflichtet, zum mindestens einmal zu versuchen, ob wir genannte Schmerzen nicht auf oben geschilderte Art von der Nase aus beeinflussen können, bevor an die gynäkologische Behandlung geschritten wird. — An der sich in den späteren Gesellschaftssitzungen anreihenden Discussion über diesen Vortrag betheiligten sich Redlich, der im Sinne Head's eher annehmen möchte, dass der Schmerz von dem erkrankten Visceralorgan auf die Schleimhaut der Nase reflectirt wird, und dass Suggestion nicht so ganz auszuschliessen ist; Weil möchte vor Uebertreibung warnen; Gomperz, der bei Lumbago rheumatica auch beim Manne durch Cocainisirung der Genitalstellen der Nase günstige Einwirkung sah, und Grossmann, welcher seine Erfahrungen über den Einfluss der Nasenbehandlung bei Epilepsie und Trigeminusneuralgien mittheilt und in Hinsicht auf letztere Erkrankung günstige Erfolge sah. —

O. Chiari streift zunächst die Frage der Reflexneurosen und meint, dass Mitbetheiligung der Nase an Neurosen und Beeinflussung derselben von der Nase aus angeführten Gründen noch durchaus kein zweifelloses Symptom des nasalen Ursprunges dieser Neurosen sei. Derselbe giebt weiter zu bedenken, ob die Patientinnen die Schmerzen nach Intensität und Localisation auch wirklich richtig angeben können, ob die allgemeine Wirkung des Cocains doch so ganz abzuweisen wäre, ob eine streng localisirte Cocainisirung des Tuberculum septi in allen Fällen überhaupt möglich sei und möchte auch eine suggestive Beeinflussung nicht ausschliessen. Während Réthi nach seinen Erfahrungen vor zu grossem Optimismus warnt, berichtet Halban von sehr befriedigenden Resultaten mit dieser Behandlung — auch in einem Falle von Amenorrhoe. — Es sprachen noch Steinbach und Pauli über die physiologische Erklärung dieser Wahrnehmung, Benedict vom Standpunkte der Denkmethodik, geschichtlichen Anreihung an bekannte Thatsachen und der Biomechanik, und Chrobak, welcher seine Meinung dahin abgiebt, dass es gewisse Dysmenorrhöen giebt, welche, gynäkologisch fruchtlos behandelt, durch die Cocainisirung der Nase zum Verschwinden gebracht werden können.

Im Schlussworte betont Schiff, dass eigentlich alle Herren mit einer Ausnahme, welche diesbezüglich über eigene Erfahrungen berichteten, die Angaben vollinhaltlich bestätigten und replicirt auf die verschiedenen, in der Discussion gefallenen Bemerkungen.

CHIARI.

48) **Notiz des Herausgebers. Die nasale Behandlung der Dysmenorrhoe. (The nasal treatment of dysmenorrhea.)** *Therapeutic Monthly. Juli 1901.*

Eine günstige Beurtheilung der Versuche von Schiff in der Chrobak'schen Klinik, aus denen hervorzugehen scheint, dass die ischämische Wirkung des Cocains, nicht seine anästhesirende bei der Behandlung der Dysmenorrhoe die günstigen Resultate ergiebt. (Ref. selbst hat von der Anwendung des Nebennierenextractes allein schon günstige Erfolge gesehen.) EMIL MAYER.

49) **Kürl** (Wien). **Ueber die nasale Therapie der Neurosen.** *Wien. klin. Rundschau. 1901. No. 35.*

Durch mechanische Reizung der Nasenschleimhaut — mit einer Kielfeder oder durch Anwendung eines Niesspulvers — hat Kürtl nicht weniger als folgende Krankheiten geheilt: Enuresis nocturna, Laryngospasmus, Tic convulsif, Hyperemesis gravidarum, Epilepsie (!) u. a. m. (??) CHIARI.

c. Mund und Mundrachenhöhle.

50) **Claudio Fermi Sassari. Ueber das Kauen der Speisen.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. Supplementband. 1901.*

Die Zahl der Mastikationsacte steht im Verhältniss zu der Leichtigkeit, mit der eine Speise sich zermalmen, durchspeicheln, zum Bolus zusammenbringen lässt, und in keinem Verhältniss zu der Sacharification und der Mundverdauung.

Bei Hinzufügen einer weichen Speise oder beim Trinken vermindert sich die Zahl der Masticationsacte. Ihre Durchschnittszahl für Brot ist beim Menschen 32, für Schinken 45. Die weichen faserigen zähen Speisen hinterlassen weniger Mundüberreste als die trockenen, zerreibbaren und besonders fetten, welche letztere nicht nur eine grosse Anzahl von Theilchen geben, sondern sich auch nicht leicht durchtränken, zusammenkleben und sich schwer zum Speisebolus vermengen.

A. ROSENBERG.

51) **W. v. Bechterew. Ueber die Localisation der Geschmackscentren in der Gehirnrinde.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. 1900.*

Bei Zerstörung eines Rindengebietes, entsprechend dem vorderen unteren Abschnitte der dritten und vierten Hirnwindung erfolgt totaler Verlust des Geschmacks auf der entgegengesetzten und geringe Abschwächung desselben auf der correspondirenden Seite.

Dies spricht für unvollständige Kreuzung der Geschmacksbahnen.

Bei Zerstörung der Geschmackssphäre tritt weiter auch Aufhebung der tactilen Sensibilität der Zunge ein und zwar bei unilateraler Zerstörung auffallenderweise auf der entgegengesetzten, weniger auf der gleichen Seite. Intensität und Dauer der Alteration der Geschmacksempfindung stehen in Abhängigkeit von der Ausdehnung der Substanzläsion.

Partielle Zerstörung der Geschmackssphäre bedingen Verlust der Empfindung für einzelne Geschmacksqualitäten. A. ROSENBERG.

52) **Kiesow** und **Hahn. Ueber die Geschmacksempfindung an einigen Theilen der Pars oralis pharyngis und an der Epiglottis. (Sulla sensibilità gustativa di alcune parti della retrobocca, e dell'epiglottide.)** *Giornale della R. Academia di Medicina. Juni 1901.*

Es wurden auf Geschmacksempfindung untersucht die vorderen und hinteren Gaumenbögen, die Gaumentonsillen, Uvula und Epiglottis. Das Resultat der von einer grossen Anzahl von Individuen mit zum Theil eigens für diesen Zweck construirten Apparaten ausgeführten Untersuchungen ist folgendes: An der Uvula war niemals eine wahrnehmbare Spur einer Geschmacksempfindung zu constatiren. Desgleichen waren die Resultate für die Gaumenbögen und Tonsillen völlig negativ; nur in ein paar Fällen waren Spuren von Geschmackswahrnehmung an der Vorderfläche der vorderen Gaumenbögen vorhanden. In Bezug auf die Gaumenschleimhaut bestätigen die Untersuchungen der Verff. bereits Bekanntes, dass nämlich der weiche Gaumen auf die vier Geschmacksqualitäten reagirt, der harte Gaumen nicht. Die Untersuchungen an der Epiglottis, die noch nicht abgeschlossen sind, ergaben, dass die Geschmacksempfindung für Bitter und Süss an ihr vorhanden ist.

FINDER.

53) **Goadby. Beiträge zur Bakteriologie des Mundes.** (Aus Brit. J. of D. S. Sept. 1898.) *Wiener zahnärztl. Monatsschrift. 1901. No. 9.*

Die im Munde vorkommenden filamentösen Bacterienformen gehören nicht zur Leptothrix; eine Art muss jedenfalls als ein Bacillus betrachtet werden, der einer Sporen- und Zweigbildung fähig ist. Der Bacillus maximus ist in Beziehung zur Zahncaries wichtig. — Spirillum sputigenum und Spirochaete dentium werden in grosser Anzahl bei entzündlichen Zuständen vorgefunden.

CHIARI.

54) **Jacob Sobel. Die Untersuchung des Mundes bei Kindern. (Examination of the mouth in infancy childhood.)** *N. Y. Medical News. 2. November 1901.*

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass zahlreiche Aerzte, besonders die Anfänger, bei der Untersuchung des Mundes nur die Tonsillen und den Pharynx beachten. Eine vollständige Inspection soll indess nach 4 Richtungen hin vollständig sein und 1. Wangen, Lippen und Zahnfleisch, 2. Unterfläche der Zunge und Mundboden, 3. Oberfläche der Zunge und 4. harten und weichen Gaumen, Rachen, Tonsillen, Pharynx und Epiglottis berücksichtigen. Des Weiteren führt Verf. die an diesen Stellen vorkommenden krankhaften Affectionen, soweit sie der Inspection zugängig sind, an.

LEFFERTS.

55) **Pierre Sébileau. Verschiedene Formen der buccalen Septicämie. (Des différentes formes de la septicémie buccale.)** *Presse médicale. 2. Febr. 1901.*

Der Mund ist normalerweise von zahlreichen Mikroorganismen bevölkert; die einen davon sind indifferent und einfache Saprophyten (Bacillus subtilis, Leptotrix), andere sind pathogen (Streptococcus, Pneumococcus, der Friedländer'sche sowie Löffler'sche Bacillus u. s. w.). Normalerweise werden diese pathogenen Organismen unschädlich gemacht durch folgende drei Abwehrmomente:

1. Undurchdringlichkeit des epithelialen Ueberzugs,
2. durch Phagocytose der im Mund sich aufhaltenden Leukocyten,

3. durch die baktericide Eigenschaft des Speichels.

Wenn eines dieser drei Momente beeinträchtigt wird, steht der Infection Thür und Thor offen. Zur Schwächung dieser Vertheidigungsmomente tragen Ueberernährung, Unterernährung, Erkältung und hohe Fiebertemperaturen bei.

PAUL RAUGÉ.

56) **Ritter** (Berlin). **Beitrag zur Stomatitis mercurialis.** *Wiener zahnärztl. Monatsschrift. 1901. III. No. 6.*

Empfohlen wird locale Bepinselung mit Jodtinctur sowie Ausspülen des Mundes mit Wasserstoffsuperoxyd, für kürzere Zeit mit essigsaurer Thonerde und Kali chloricum. — Keinen Erfolg sah R. von der Anwendung der Sublimatlösungen.

CHIARI.

57) **Artault. Stomatitis durch Raupen. (Stomatite provoquée par des chenilles.)** *Société de biologie. 2. Februar 1901.*

Verf. beobachtete 3 Fälle von Stomatitis nach dem Genuss von Früchten, die mit Liparis chrysorrhoea im Contact gewesen waren.

PAUL RAUGÉ.

58) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Ein Fall von Geschwüren der Schleimhaut der Mundhöhle unbekannter Ursache.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. XII. 1. S. 141. 1901.*

Zwei kleine Geschwüre an den beiden Seiten des etwas gerötheten Zäpfchens, ätiologisch und diagnostisch unklar, seit über ein Jahr bestehend, jeder Therapie, auch der antisyphilitischen trotzend, werden mit dem Zäpfchen abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung bringt keine rechte Aufklärung, es handelt sich um ein „chronisches Entzündungsgeschwür". Der Kranke ist bald nach der Amputation der Uvula dauernd geheilt.

F KLEMPERER.

59) **Rille. Demonstration eines Falles von Pemphigus vegetans.** (Wissenschaftl. Aerzte-Gesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 17. Mai 1901.) *Wiener klin. Wochenschrift. 1901. No. 39.*

Die Erkrankung begann im Munde, am Zungenrand und an den Lippen, sowie am weichen Gaumen, breitete sich sodann auf die Haut der Schenkel und weiterhin aus. Die Veränderungen an der Schleimhaut des Mundes waren die hochgradigsten.

CHIARI.

60) **Glatzel** (Berlin.) **Zur Differentialdiagnose des Primäraffectes auf der Mundschleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. XII. 1. S. 87. 1901.*

Anlässlich eines Falles, dessen Krankengeschichte und Abbildung G. giebt, bespricht er die Differentialdiagnose zwischen dem syphilitischen Primäraffect einerseits und dem Herpes buccalis, tuberculösen Geschwüren, secundären und tertiären Luesformen, Zahngeschwüren und der Mundseuche andererseits. — G.'s Fall weicht in manchen Punkten von dem über die Mundsklerose gewöhnlich Angegebenen ab: die Schmerzhaftigkeit des Primäraffects war erheblich; derselbe zeigte den rein erosiven Typus und war von wallartig verdickten Rändern umgeben; die Lymphdrüsenschwellung endlich war nicht, wie gewöhnlich, erheblich

und schmerzhaft, sondern beschränkte sich auf eine einzig wenig geschwollene und nicht schmerzhafte Drüse.

F. KLEMPERER.

61) **Finger. Ueber Syphilis der Mundhöhle.** (Vortrag, gehalten im Verein der Zahnärzte am 7. Mai 1901.) *Wien. med. Wochenschrift. 1901. No. 42—45.*

In ausführlicher Weise legt F. seine und anderer Erfahrungen über obiges Thema nieder. Um auf Einzelheiten einzugehen, ist die Thatsache interessant, dass die Initialsclerose am Zahnfleische nicht so selten vorkommt, als man bisher annahm, wogegen der Primäraffect am Gaumen doch sehr selten beobachtet wird — bei der secundären Syphilis der Mundhöhle unterscheidet F. prognostisch zwei Formen, diejenige, welche mit Bildung succulenter Papeln im Munde und an der Genitoanalregion einhergehen und die prognostisch ungünstigere trockenere Form, wo wir Psoriasis palmaris et plantaris sowie mucosae oris vorfinden — beide Formen scheinen sich auszuschliessen.

CHIARI.

62) **J. H. M. Epitheliom an der Innenfläche der Wangen. (Epithelioma of the internal surface of the cheek.)** *N. Y. Medical Record. 13. April 1901.*

Verfasser hebt hervor, dass Epitheliome an dieser Stelle der Mundhöhle verhältnissmässig selten sind. Die Aetiologie davon ist sehr unklar. Man beobachtet diese Affectionen häufiger bei Männern als bei Frauen, und zwar im Alter von 50—60 Jahren. Länger dauernde reizende Einflüsse und mangelhafte Hygiene des Mundes können bei Patienten mit hereditärer Belastung ursächliche Momente werden. Die Diagnose muss möglichst frühzeitig gestellt und die Operation sobald als möglich ausgeführt werden. Die chirurgische Behandlung ist die einzig rationelle. Contraindicationen gegen die Operation sind zu grosse Ausdehnung der Geschwulst, weitgehende Betheiligung der Drüsen und vorgeschrittene Cachexie. In solchen Fällen bringt die palliative Behandlung wesentliche Erleichterung, bestehend in Hygiene und Antisepsis des Mundes, flüssiger oder weicher, reizloser Kost, Application von schmerzstillenden Mitteln auf die Ulcerationen und Morphiuminjectionen.

LEFFERTS.

63) **W. S. Bainbridge. Mittheilung von zwei Fällen von Noma. (A report of two cases of cancrum oris.)** *Archives Pediatrics. Juni 1901.*

Der eine der beiden Kranken starb, der andere genas. Beide waren operirt. Alle erkrankten Knochenpartien waren entfernt und die ganze Oberfläche der dadurch geschaffenen Knochenhöhlen mit Salpetersäure touchirt worden.

EMIL MAYER.

64) **A. Z. C. Cressy. Erfolgreiche Behandlung einer Noma durch den Thermokauter. (Cancrum oris successfully treated by excision with the cautery.)** *Annals of Surgery. August 1901.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

65) **R. Lloyd. Die Anwendung von Anaestheticis bei Operationen an Mund, Nase und Hals. (The administration of anaestheticis in operations about the mouth, nose, throat.)** *Lancet. 10. November 1901.*

Nicht besonderes Neues oder Originelles.

ADOLF BRONNER.

66) **Bloch** (Iborowitz, Mähren). **Ueber stomatologische Localanästhesie mittelst Cocain und seinen vollwerthigen Ersatz durch Tropacocainum hydrochloricum (Merck).** *Wiener zahnärztliche Monatsschrift. 1901. Jahrg. III. H. 2—3.*

Bericht über vorzügliche Resultate mit 5 procent. Tropacocaininjectionen, namentlich bei Zahnextractionen. CHIARI.

67) **R. Fürth** (Wien). **Acuter Jodismus unter dem Bilde einer mumpsähnlichen Erkrankung.** *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 45.*

Die Intoxicationserscheinungen — bedeutende Anschwellung der Glandula submaxillaris sowie der Plicae linguales mit aufgehobener Speichelsecretion — wurden durch eine minimale Dosis, die früher von der Patientin anstandslos vertragen wurde, hervorgerufen und konnten nach Aussetzen der Jodmedikation alsbald wieder zum Schwinden gebracht werden. — Nachdem Patientin später auf eigene Faust abermals einen Esslöffel von dem Medikament:

Rp. Natr. jodal 5,0
Aqu. dest 150,0

genommen hatte, stellten sich sofort wieder genannte Erscheinungen ein. CHIARI.

68) **H. Butlin. Vorlesung über die Geschwülste der Parotis. (Tumors of the parotis gland, lecture on.)** *Lancet. 19. October 1901.*

Zusammenfassende Besprechung der Pathologie und operativen Behandlung von Parotistumoren. ADOLPH BRONNER.

69) **Coudret. Ueber die Totalexstirpationen der submaxillaren Lymphdrüse bei Speichelsteinen. (De l'exstirpation totale de la glande sous-maxillaire dans les calculs salivaires.)** *Thèse de Bordeaux. 1901. Imp. Cadoret.*

Diese Operation wird sehr selten ausgeführt. Es existiren nur wenige Fälle davon, zu welchen Verfasser zwei weitere Beobachtungen Moure's hinzufügt. Verfasser hebt hervor, dass die Operation bei solchen Kranken angezeigt ist, die an ausgesprochenen Speichelsteinen leiden, sowie an Hypertrophie und Induration der Drüse als Zeichen von Sklerose. Er hält sie für unbedingt geboten in Fällen, wo die Drüse durch Steine verlegt ist, sowie in Fällen von langdauernder hartnäckiger Eiterung der Drüse mit intraglandulären Steinen. Contra-Indication sind allgemeine Erkrankungen wie Diabetes, Nephritis u. s. w. Man soll nicht auf dem Höhepunkte der Erkrankung, sondern einige Zeit darnach operiren. Die Ergebnisse dieser Operation sind glänzende. E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

70) **Hibbert Winslow Hill. Ueber die Verwerthung bakteriologischer Befunde für die Diagnose der Diphtherie. (The interpretation of bacteriological findings in diphtheria diagnosis.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 7. März 1901.*

Es kann vorkommen, dass trotz der Gegenwart des Diphtheriebacillus doch kein Toxin vorhanden ist, da der Diphtheriebacillus keineswegs immer Gifte producirt. Andererseits kann es vorkommen, dass der Diphtheriebacillus vorhanden ist und auch Toxine producirt, die aber von dem Körper in dem Maasse als sie

entstehen, neutralisirt werden. In beiden Fällen würde eine Diagnose der Diphtherie, die sich nur auf den Bacillenfund gründet, nicht haltbar sein, da der Körper weder in dem einen noch in dem andern Fall irgend welche Reactionen auf Diphtherietoxine aufweist. Da wo Diphtheriebacillen im Hals oder der Nase nicht vorkommen, werden sie natürlich auch in den angelegten Culturen vermisst, was gelegentlich auch einmal der Fall sein kann, obwohl sie in Nase und Hals vorhanden waren, daher ist ein nichtwachsender Diphtheriebacillus in den Culturen besonders bei Larynxfällen kein sicherer Verlass. EMIL MAYER.

71) **W. H. Kellogg, G. H. Evans, W. B. Lewitt, W. F. Cheney. Discussion über Diphtherie. (Discussion of Diphtheria.)** *Occidental Med. Sciences. März 1901.*

Bemerkungen zur bacteriologischen Diagnose, specifischen Behandlung, Behandlung im Allgemeinen, und Folgezustände der Diphtherie. EMIL MAYER.

72) **G. A. Ootmar** (den Ham). **Diphtherie-Epidemie 1899—1901 in den Ham. (Diphtherie-Epidemie 1899—1901 te den Ham.)** *Ned. Ti'dschr. v. Geneeskde. 1901. II. 14.*

Sämmtliche Patienten wurden von O. behandelt. Unter 70 mit Heilserum behandelten starben nur 2. Bei 3 Patienten wurden die Injectionen von den Eltern verweigert, resp. zu spät O.'s Hilfe eingeholt. Diese nicht injicirten 3 Patienten starben alle. Kein Wunder, dass O. die Heilwirkung des Serums lobt.

H. BURGER.

73) **W. J. Councilman, F. B. Mallory, R. M. Pearce. Studien über Bakteriologie und Pathologie bei 220 tödtlichen Diphtheriefällen. (A study of the bacteriology and pathology of 220 fatal cases of diphthoria.)** *Journal Boston Society of Medical Sciences. 18. December 1901.*

Eine gründliche 311 Seiten umfassende Studie mit zahlreichen Illustrationen.

EMIL MAYER.

74) **Le Gendre** (Paris). **Eine über die ganzen Respirationswege verbreitete Diphtherie. (Diphthérie généralisée a tout l'arbre réspiratoire.)** *Société médicale des Hôpitaux. 22. März 1901.*

Demonstration von anatomischen Präparaten von einem Kinde bei dem die Diphtherie sich über die ganzen Luftwege verbreitet hatte. Heilserum war angewandt worden, aber zu spät und in zu kleinen Dosen. PAUL RAUGÉ.

75) **L. Rabek. Diphtherie boi einem zweimonatlichen Kinde. (Btonica u dziecka dwumiesiecznego.)** *Kronika lek. No. 7. 1901.*

Verf. beschreibt einen Fall von Nasendiphtherie bei einem zweimonatlichen Kinde, welches genas, nachdem Serum angewandt wurde. A. v. SOKOLOWSKI.

76) **G. Maguire. Kurzer Bericht über einen tödtlichen Fall von Larynxdiphtherie bei Masern. (A short acconnt of a fatal case of laryngeal diphtheria complicating measels.)** *Lancet. 23. März 1901.*

Ein 13 jähriges Kind mit Masern wurde dyspnoisch und musste tracheotomirt

werden. Das Kind starb und es fand sich bei der Autopsie ein grosses Membranstück im Larynx.

ADOLF BRONNER.

77) **Wlagimirow. Ueber frühe Neuritis peripherer Nerven bei Diphtherie. O) ronnem wospaloni peripheritscheskich nervow pri difterii.)** *Wratsch. No. 19. 1901.*

W. fand bei Leichen schon nach dem 3. Tage entzündliche Veränderungen in peripheren Nerven und bei Lebenden dementsprechend Herabsetzung der Empfindlichkeit. Die Ganglienzellen der Medulla und des Rückenmarkes wiesen bei Todesfällen in den ersten Tagen keine Veränderungen auf.

P. HELLAT.

78) **Kaudouroff** (Petersburg). **Zur Genese der postdiphtheritischen Lähmungen.** *Züricher Dissertation. Zürich. Buchdruckerei d. schweiz. Grütlivereins. 1901.*

Verf. führt die höchst auseinanderweichenden anatomischen Ansichten der verschiedensten Autoren an, unter denen wirkliche Autoritäten einerseits Veränderungen im Rückenmark und peripherische Neuritis, andererseits gar keine Veränderungen im Nervenapparat nachweisen konnten. Verf. theilt ihre eigenen Befunde an zwei Kinderleichen mit, bei denen sich unzweifelhaft herausstellten: 1. Rückenmark, Hyperämie und fettige Degeneration einer Anzahl von Nervenfasern der weissen Substanz; 2. Nervenwurzeln, hauptsächlich die vorderen, fettige Entartung der Nervenfasern; 3. Nerven der Cauda equina, parenchymatöse Nephritis. Hiermit übereinstimmend hatte namentlich Déjerine in den befallenen Nerven Veränderungen gefunden, wie man sie am peripheren Ende eines durchschnittenen Nerven constatiren kann, als Neuritis parenchymatosa in ihren verschiedenen Stadien und welche in den Vorderwurzeln der Rückenmarksnerven niemals fehlten.

JONQUIÈRE.

79) **B. Blake. Resultate von 35 prophylactischen Injectionen von Antidiphtherieserum. (Resultats of 35 prophylatic injections of the antidiphtherieserum.)** *Lancet. 26. Januar 1901.*

In einem Reconvalescentenheim für Kinder bekamen drei Kinder Diphtherie, 35 Kinder wurden sogleich prophylactisch mit Heilserum behandelt und keines von ihnen erkrankte. Zwei der Kinder bekamen einen Hautausschlag.

ADOLPH BRONNER.

80) **L. Guinon** (Paris). **Prophylaxe der Diphtherie durch Roux' Serum. (Prophylaxie de la diphthérie par le sérum de Roux.)** *Société de pédiatrie. 11. März 1901.*

Eine Diphtherieepidemie begann in einer Kinderabtheilung um sich zu greifen und wurde schnell durch Injection von Heilserum unterdrückt. Dieselben wurden nicht nur an den 12 darniederliegenden Kranken, sondern auch an den übrigen noch nicht erkrankten 130 Kindern der Abtheilung vorgenommen.

PAUL RAUGÉ.

81) **Henry L. K. Shaw. Der Werth des Antitoxins bei der Prophylaxe der Diphtherie. (The value of antitoxin in the prophylaxis of diphtheria.)** *Albany Medical Annals. März 1901.*

Eine prophylactische Dosis von 500 Einheiten, sowie eine Immunisirungs-

dosis von 4000 Einheiten bei Kindern über 1 Jahr scheint zwar ziemlich hoch gewählt, ist dafür aber auch stets wirksam und hat nie irgend welche Nachtheile zur Folge gehabt. In den nächsten $3^1/_2$ Monaten nach der Injection trat niemals eine klinische Diphtherie mehr auf.

EMIL MAYER.

82) **W. D. Zinn. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Maritime Medical News Halifax U. S. März 1901.*

Verf. befürwortet neben der Behandlung mit Antitoxin die Anwendung des Ananassaftes.

EMIL MAYER.

83) **Notiz des Herausgebers. Die Serumtherapie der Diphtherie. (Serum therapy in diphtheria.)** *Memphic Medical Monthly. März 1901.*

Die Statistiker geben jetzt den Beweis dafür, dass die Mortalität bei der Larynxdiphtherie infolge der Anwendung der combinirten Antitoxin-Intubation-Behandlungen auf ungefähr 60 pCt. zurückgegangen ist. Dass dieser Procentsatz noch weiter heruntergehen wird, wenn erst die frühzeitige Intervention mehr in Aufnahme kommt, ist zweifellos. Die Intubation soll nicht aufgeschoben werden. bis das Kind moribund ist, sondern sie soll zugleich ausgeführt werden, wenn Athemstörungen sich bis zu einem gewissen Grade kundgeben. Es folgen Erörterungen über die Wahl zwischen Intubation und Tracheotomie.

EMIL MAYER.

84) **Ch. C. Gidney. Diphtherie und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Pediatrics. 15. März 1901.*

Bei der Behandlung kommt es in erster Linie auf frühzeitige Anwendung des Antitoxins in genügend grossen Dosen an.

EMIL MAYER.

85) **R. Pullen. Serumbehandlung der Diphtherie am 4. Erkrankungstag. (Serum treatment of diphtheria on 4th day of the disease.)** *Lancet. 16. März 1901.*

Ein vierjähriger Knabe mit Membranen im Halse seit 4 Tagen. Nach zwei Injectionen schnelles Verschwinden der Membranen, Heilung.

ADOLPH BRONNER.

86) **Notiz des Herausgebers. Die Antitoxinbehandlung bei Diphtherie. (The antitoxin-treatment of diphtheria.)** *Philadelphia Medical Journal. 23. März 1901.*

Die Mortalitat der Diphtherie ist seit der Anwendung der Heilserumbehandlung zweifellos auf die Hälfte heruntergegangen und es wird allgemein anerkannt, dass die Resultate um so besser sind, je früher die Serumbehandlung im Verlauf der Erkrankung aufgenommen wurde. Auch hat man die Erfahrung gemacht, dass möglichst grosse Dosen auf einmal gegeben werden sollen und je nach den Indicationen des vorliegenden Falles wiederholt werden sollen.

EMIL MAYER.

87) **Edwin Rosenthal. Antitoxin bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *Indiana Med. Journal. Mai 1901.*

In leichten Fällen sollen 1500 Einheiten gegeben werden, bei den laryngealen Formen dagegen nie weniger als 2000; wenn sich die Erkrankung nicht

günstig verändert, soll nach 6—8 Stunden eine zweite Injection von doppelt soviel Einheiten als beim ersten Mal wiederholt werden und dies so oft, bis die Wirkung erreicht ist.
EMIL MAYER.

88) **J. Porteus. Wirksame Anwendung von Diphtheria-Antitoxin per os. (Diphtheria antitoxin used successfully by the mouth.)** *Lancet. 30. März 1901,*

Verf. hat bei mehreren Krankheiten 1000—2000 Einheiten innerlich verabreicht.
ADOLPH BRONNER.

89) **S. L. Ledbetter. Intubation und Antitoxin. (Intubation and Antitoxine.)** *Alabama Medical Journal. 1901.*

In allen Diphtheriefällen, die frühzeitig mit Antitoxin behandelt worden sind, erreicht man mit Intubation ausserordentlich günstige Resultate. Häufig ist der Eingriff überhaupt gar nicht nöthig.
EMIL MAYER.

90) **van Iterson. Die Tracheotomie bei Diphtheritis. (La Tracheotomie en cas de diphtérie.)** *Journal de Chirurgie. No. 1. 1901.*

Van J. giebt der Tracheotomie infer. in Chloroformnarcose den Vorzug. Letzteres wird ausgesetzt, sobald die Trachea eröffnet ist. Die Trachealwunde wird mit scharfen Häkchen auseindergehalten und die Trachea resp. Bronchien mit kleinen mit einer vorne leicht abgebogenen Zange gefassten Schwämmchen von unten nach oben ausgewischt und schliesslich mit einem sauberen in sterilisirtes Jodoform getauchten Schwämmchen eingepulvert. Hernach werden die nach oben von der Trachealwunde gelegenen Luftwege auf die gleiche Weise von den falschen Membranen gesäubert und mit Jodoformpulver behandelt. Zum Schluss wird eine möglichst weite Canüle, die sich gerade noch leicht in die Trache einführen lässt, eingesetzt. Die Reinigung der Luftwege muss unter Umständen öfters vorgenommen werden.

Mittheilung von ein paar Fällen zur Beleuchtung der Methode. Statistische Uebersicht über die seit 1882 vom Autor behandelten Fälle.
BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

91) **W. M. Cowgill. Laryngo-Tracheitis membranosa.** *New England Medical Journal. März 1901.*

Dieselbe ist nach der Ansicht des Verf.'s stets diphtheritischer Natur und muss in gleicher Weise behandelt werden.
EMIL MAYER.

92) **James Donelan. Tracheale Blutungen nach Influenza. (Post-Influenzal Tracheal Hemorrhage.)** *N. Y. Medical Record. 16. März 1901.*

Verfasser beschreibt eine Reihe von Fällen, die die gewöhnlichen Symptome einer Haemoptyse bei Influenza darboten, ohne dass sich irgend welcher Hinweis auf Tuberculose fand. Irgend welche krankhaften Veränderungen auf den Lungen fehlten ganz und es handelte sich also zweifellos um rein tracheale Blutungen im Verlauf der Influenza.
LEFFERTS.

93) **Villers. Bronchialconcretion. (Concrétion Bronchitique.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 1. 1901.*

In der Sitzung vom 4. Januar 1901 des Cercle Médical von Brüssel zeigt V. eine bräunliche, poröse, haselnussgrosse Concretion vor, welche von einem Arthritiker mit tuberculös gewordener Bronchopneumonie expectorirt worden war, worauf Husten und Expectoration sich besserten. (Vermuthlich identisch mit dem anderwärts beschriebenen Mandelstein? Ref.) BAYER.

94) **T. B. Diamond. Multiple ossificirte Ecchondrosen der Trachea und grösseren Bronchien. (Multiple ossified ecchondrosis of the trachea and larger bronchi.)** *Medicine. November 1900.*

Es handelt sich um einen Kranken von 48 Jahren, der an Pneumonie und spinaler Meningitis starb und von dem eine Anamnese nicht vorlag. Es fanden sich bei der Obduction einige Altersveränderungen: Arteriosklerose der Aorta und Verkalkung der peribronchialen Lymphdrüsen. Die Dura und Pia mater spinalis waren gleichfalls verkalkt und in der linken Lunge fand sich ein abgekapselter käsiger Herd. In der Schleimhaut der Trachea fanden sich beträchtliche runzlige Infiltrationen, Granulationsgewebe und narbige Stellen. Die Trachealringe waren verkalkt. Diese Anomalien werden selten schon am Lebenden diagnosticirt, ausser wenn sie in den oberen Abschnitten der Trachea gelegen sind und zu solcher Grösse anwachsen, dass sie die Athmung stören. Wenn sie sich im Larynx finden, können sie leicht erkannt und entfernt werden. EMIL MAYER.

95) **Dworetzki. Fall von angeborener Trachealfistel. (Slutschai wroshgennairo trachealuawo swischtscha.)** *Med. obos. 1900. p. 875.*

Die Sonde konnte nicht bis in die Trachea geführt werden. D. ist der Anschauung, dass es sich um eine Bildungsanomalie gehandelt habe. P. HELLAT.

96) **Neumann. Acute Trachealstenose.** (Verhandlungen der Wiener dermatol. Gesellschaft, Sitzung am 6. Februar 1901.) *Wiener klin. Wochenschrift. 1901. No. 25.*

Ein mit Gumma der Kopfhaut behafteter Luetiker wurde plötzlich dyspnoisch. Laryngoskopisch sah man zwei stenosirte Stellen der Trachea und Wucherungen an der Schleimhaut des rechten Bronchus. Diese Stenosen sind im Verlaufe von Lues selten und auf Compression durch stark geschwellte Lymphdrüsen oder Narbenconstriction zurückzuführen. CHIARI.

97) **Casella. Compression und Verdrängung der Trachea durch ein Carcinom der Schilddrüse; Intubation und Tracheotomie. (Compression et déviation de la trachée par un cancer du corps thyroide, tubage et trachéotomie.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 19. Januar 1901.*

Im Verlauf einer sehr schnellen Entwickelung einer Schilddrüsengeschwulst bei einer 63jährigen Kranken traten Erstickungsanfälle auf. Die Intubation wurde vergebens versucht und in Folge dessen Tracheotomie vorgenommen. Aber sowohl die Einführung einer gewöhnlichen wie einer langen Canüle verursachte

Athemstillstand und die Kranke starb. Bei der Autopsie stellte sich heraus, dass die Trachea verdrängt und verdreht war und in Windungen verlief, so dass auch die lange Canüle nicht durchkam. In einem solchen Falle wäre wohl die Einführung einer langen und weichen Canüle etwa einer Oesophagussonde, die sich den Windungen der Trache hätte anpassen können, zweckmässiger gewesen.

PAUL RAUGÉ.

98) **G. W. Norris. Die klinische Bedeutung von Mitbewegungen an der Trachea (tracheal tugging) als Zeichen von Aneurysma oder Mediastinal-Tumor. (The clinical value of tracheal tugging al a sign of aneurysm or mediastinal tumor.)** *Philadelphia Medical Journal. 20. April 1901.*

Es handelt sich um einen 42jährigen Mann mit ausgesprochenen Symptomen von Mitbewegungen der Trachea; bei der Autopsie fand sich weder Aneurysma, noch irgend eine Veränderung an den mediastinalen Gefässen.

EMIL MEYER.

99) **Bittner** (Brünn). **Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.** *Prager med. Wochenschrift. 1901. No. 26.*

In einem Falle handelte es sich um die Aspiration einer Metallklammer, wie solche bei „Muster ohne Werth"sendungen gebraucht werden. Der Fremdkörper verursachte eine submucöse Phlegmone des Larynx, weswegen tracheotomirt wurde. Von der Trachealöffnung aus wurde die Klammer entfernt.

Im zweiten Falle hatte sich ein Kind eine Glasperle in die rechte Nasenseite gesteckt. Diese Perle wurde, nachdem sie regelrecht aus der Nase herausgehebelt war und aus dem Introitus nasi rollte bei einer raschen Rückwärtswendung des Kopfes vom Kinde aspirirt. Nach einigen Tagen per tracheotomiam aus einem eparteriellen Bronchus der rechten Seite nach $2^1/_2$ stündigem Bemühen durch Aushusten entfernt.

Dieser Fall mahnt jedenfalls bei Extraction von Fremdkörpern aus der Nase zur Vorsicht!

CHIARI.

100) **Ricard** (Paris). **Fremdkörper in den Luftwegen, Extractionsversuch auf transmediastinalem Wege von vorne. (Corps étranger des voies sériennes; tentative d'extration par la voie transmediastine antérieure.)** *Sociéte de Chirurgie. 20. März 1901. A. Bulletin Médical. 23. März 1901.*

Eine 39jährige Frau trug schon lange eine Trachealcacanüle, von der sich schliesslich ein Stück loslöste und in die Trachea fiel. Im Röntgenbilde sah man den Fremdkörper auf der Bifurcation der Trachea reiten. Nach vergeblichen Extractionsversuchen auf natürlichem Wege entschloss sich Verfasser von vorne durch das Mediastinum einzugehen. Resection der oberen Hälfte des Brustbeins. Freilegung der Lunge, der Cava superior, der Lungengefässe und der Aorta· Blosslegung des unteren Endes der Trachea und des rechten Bronchus. Die Operation wurde jedoch nicht weiter fortgeführt und die Trachea nicht eröffnet, da man den Fremdkörper von aussen nicht mehr fühlen konnte. Die Kranke starb kurze Zeit darnach an septischer Bronchitis. Diese Beobachtung zeigt, dass Operationen vom vorderen Mediastinum aus möglich und verhältnissmässig leicht auszuführen sind.

PAUL RAUGÉ.

101) **Quénu** (Paris). **Der Zugang zu Trachea und Bronchien durch das Mediastinum. (De l'accès de la trachée et des bronches par le mediastin.)** *Société de Chirurgie. 27. März 1901.*

Verfasser bevorzugt, im Gegensatz zu Ricard, den Weg durch das hintere Mediastinum. Auf Grund seiner Operationsversuche an der Leiche empfiehlt er folgendes Verfahren:

a) Incision in der Höhe von der dritten bis zur 6. Rippe und Bildung eines Lappens.

b) Resection der 4., 5. und 6. Rippe.

c) Loslösung der Pleura und Seitwärtsdrängung der Lunge.

d) Aufsuchung der Krümmung der Vena azygos in einer Tiefe von 8 bis 10 cm, Zurückdrängung derselben und Palpation der Tracheal- und Bronchialringe mit dem Zeigefinger von hinten her.

e) Fühlt man den Fremdkörper durch die Portio membranacea, so wird hier incidirt. Diese Methode ist nach der Ansicht des Verfassers weniger gefährlich, gleichzeitig sicherer, als die Methode von vorneher.

PAUL RAUGÉ.

102) **Rivière** und **Vincent. Tracheale Injektionen. (L'injection trachéale.)** *Méd. Moderne. 9. Januar 1901.*

Die Verfasser sind Anhänger des Verfahrens Medicamente durch die Trachea einzuverleiben, besonders bei Tuberculösen. Auf diese Weise wird der Magen geschont und schnell ein Nachlassen des Hustens bei Anstieg des Körpergewichts herbeigeführt. Die Injection muss unter Controle des Kehlkopfspiegels vorgenommen werden und das betreffende Medicament in sterilem Oel gelöst sein. Wasser, Glycerin und Vaselinöl bringen häufig unangenehme Zufälle mit sich. Die Verf. haben auf diese Weise Menthol, Guajakol und Eukalyptol injicirt und die Medicationen wurden reizlos vertragen.

A. CARTAZ.

103) **Henry Raoux. Beiträge zum Studium der Thyrotomie. (Contribution à l'étude de la thyrotomie.)** *Thèse de Lyon. 1900.*

Die Thyrotomie an sich ist eine ziemlich gefahrlose Operation. Tracheotomie und Incision der Cartilago thyroidea in der Mittellinie muss ihr vorausgehen. Die Operation ist in folgenden Fällen indicirt:

a) bei Verletzungen:
   1. durch Fremdkörper,
   2. durch Wunden am Kehlkopf, vornehmlich bei nachfolgenden narbigen Verengerungen;

b) bei entzündlichen Veränderungen:
   1. nach Typhus,
   2. nach Syphilis,
   3. nach Tuberculose,
   4. nach Sclerom;

c) bei neoplastischen Erkrankungen:
   1. gutartige Tumoren; in diesem Fall wird die Thyrotomie nur ausgeführt, wenn die Tracheotomie die Tumoren nach 6 Monaten nicht

zum Verschwinden gebracht hat, oder wenn der Tumor infolge seiner Lage, seiner Grösse oder seiner Fixation inoperabel ist;

2. bösartige Tumoren; gute Resultate werden bei Krebs im Beginn erzielt und selbst auch später, wenn der Tumor begrenzt und die Lymphdrüsen nicht inficirt sind.

Die Operation ist auch als Voroperation bei der Entfernung des Kehlkopfes auszuführen und unter Umständen bei der Entfernung eines dem Kehlkopfe benachbarten Organs. PAUL RAUGÉ.

104) **Jacques** und **Michel. Die Thyrotomie bei Kindern wegen gutartiger Tumoren. (De la thyrotomie pour tumeurs benignes ches les enfants.)** *Rev. Heb. f. Laryngol., Otologie und Rhinologol. No. 17. 27. April 1901.*

Nach einigen allgemeinen Betrachtungen über die Thyrotomie betonen die Verff. die Schwierigkeit der Exstirpation von Neoplasmen auf natürlichem Wege, selbst bei älteren Kindern. Auch die diffuse Verbreitung des Tumors hindert die Intervention auf natürlichem Wege. Da Intubation die Stenose auf die Dauer gewöhnlich nicht zu beseitigen vermag, muss man häufig zur Tracheotomie schreiten, in welchem Falle dann die Thyrotomie den Vorzug verdient. Die Verff. berichten über 2 Fälle aus ihrer Beobachtung; der eine betrifft ein $2^1/_2$jähriges Kind, bei dem wegen eines diffusen Larynxpapilloms die Laryngofissur vorgenommen wurde, im anderen Falle handelte es sich um ein achtjähriges Kind mit einem Papillom auf der Glottiscommissur und im vorderen Drittel des rechten Stimmbandes. In beiden Fällen wurde schnelle und völlige Heilung erzielt. E. J. MOURE.

105) **Baracz** (Lemberg). **Ein Beitrag zur Tracheoplastik.** *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 43.*

B. benutzte in seinem Falle die elastische und sehr dehnbare Halshaut in folgender Weise: bei dem Patienten bestand ein bedeutender Defect der Trachea, durch mehrjähriges Tragen einer Canüle hervorgerufen. Es wurde nun zu beiden Seiten des Defectes die Halshaut in zwei möglichst grossen Falten gehoben und dieselben in der Höhe des oberen und unteren Defectrandes mit zwei Matrazennähten vereinigt. Aus den inneren Rändern beider Falten wurden breite Säume der Cutisschicht ausgeschnitten und die äussere Hautschicht auch an beiden Enden der Falten keilartig excidirt, wodurch zwei gegenüberliegende, angefrischte Flächen entstanden. Exacte Nahtvereinigung derselben, sodass also die vordere Wand des Kehlkopfes nnd der Luftröhre von der nach innen umgekrempten Halshaut gedeckt wird. B. legt Werth darauf, dass die Anfrischung nur die oberflächliche Cutisschicht betreffe, um ein Hautemphysem zu vermeiden.

Diese Methode der Defectdeckung kann natürlich auch mit querverlaufenden Halshautfalten vorgenommen werden. CHIARI.

106) **E. Fuchsig. Demonstration eines durch die Tracheotomie gewonnenen Präparates.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 8. November 1901.) *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 46.*

Am 7. Tage nach einer Kalilaugenverätzung wurde wegen hochgradiger

Athemnoth tracheotomirt. Daraufhin wurde eine Verletzung des linken Bronchus nachgewiesen, und weil trotz Canüle die Athmung wieder wesentlich behindert war, wurde die Trachealöffnung freigelegt. Sobald dies geschehen war, kam mit einem Hustenstosse ein schlauchartiger Fetzen zum Vorschein, der leicht extrahirt werden konnte. Darauf freie Athmung. 19 Stunden post tracheotomiam trat nach mehreren Hustenstössen, die immer grössere Blutmengen zu Tage förderten, der Exitus an Verblutung ein.

Der extrahirte Schlauch erwies sich als ein Stück exfoliirten Oesophagus, das durch eine Perforationsöffnung in die Trachea und zwar in der Höhe der Bifurcation, aspirirt und von dort extrahirt wurde. CHIARI.

107) **E. S. Goodhue. Schliessung von Trachealwunden durch Naht per primam intentionem. (Wound of the trachea with suture and union by first intention.)** *Philadelphia Medical Journal. 12. Januar 1901.*

Der Patient, ein Japaner aus Hawai, hatte zwei Frauen ermordet und darnach Suicidium begangen, indem er sich die Trachea zwischen dem zweiten und dritten Trachealring complet durchtrennt hatte. Die Wunde heilte per primam nach Naht, und der Mörder sah nun seiner Verurtheilung zum Tode entgegen.

EMIL MAYER.

108) **M. Lühe. Der Bronchialbaum der Säugethiere. 1. Der Verzweigungstypus des Bronchialbaums (monopodisch oder dichotom?).** *Zoologisches Centralblatt. 8. Jahrg. No. 3/4. Februar 1901.*

Verf. erörtert an der Hand der älteren und neueren Literatur die Frage nach dem Verzweigungstypus des Bronchialbaums der Säuger. Eine bündige Entscheidung der Frage, ob das Wachsthum des Bronchialbaums der Säuger in seinem Typus ein monopodisches ist, oder ob es auf dem Wege der Dichotomie erfolgt, liefern weder die bisher vorliegenden vergleichend anatomischen noch entwicklungsgeschichtlichen Arbeiten. R. SEMON.

109) **Smidt** (Hamburg). **Ueberzähliger rudimentär gebliebener Bronchus.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 7. 1901.*

Demonstration eines solchen; derselbe stellte ein 3 cm langes kleinfingerdickes blindsackförmiges Divertikel an der rechten Seite der Trachea vor und communicirte mit ihr oberhalb der Theilungsstelle durch eine linsengrosse Oeffnung. SCHECH.

110) **Garel** und **Goullioud** (Lyon). **Fixatien eines Nagels im rechten Bronchus seit zwei Monaten. Diagnose durch Röntgendurchleuchtung, Entfernung mit dem Elektromagneten, Heilung. (Clou fixé dans la bronche droite depuis deux mois. Diagnostic par la radiographie. Ablation avec l'électro-aimant. Guérison.)** *Lyon Médical. No. I. 1901.*

Es handelt sich um ein 18monatliches Kind, welches beim Spielen einen grossen Nagel aspirirt hatte; nachdem der Erstickungsanfall vorüber war, dauerte nur der Husten fort. Nach 2 Monaten wurde mit der Röntgendurchleuchtung der Sitz des Nagels im rechten Bronchus festgestellt. Tracheotomie, Einführen eines

starken Elektromagneten durch die klaffende Wunde, Extraction und Heilung im Verlauf eines Monats.

E. J. MOURE.

111) Sciallero. **Der radioscopische Befund bei Erkrankungen der tracheobronchialen Drüsen. (Il reperto radioscopico nelle adenopatie tracheobronchialis.)** *Annali di Larinaologia ed otologia. April 1901.*

Nach den Erfahrungen des Verf. stellten sich die Vergrösserungen der Tracheal- und Bronchialdrüsen bei der Beleuchtung von vorn her als ein rechts oder links vom Herzschatten gelegener Schatten dar, der weniger dunkel ist als jener, von unregelmässiger Begrenzung, sich bei tiefen Respirationen nicht aufhellt und sich von demjenigen der Aneurysmen durch den Mangel der Pulsation unterscheidet. Charakteristischer aber soll folgender Unterschied sein: wenn man den Patienten nur von rechts her beleuchtet und ihn dann in schräger Richtung von hinten links her betrachtet, so sieht man beim Aneurysma stets zwischen dem Schatten der Wirbelsäule und dem mehr oder weniger durch das pulsirende Aneurysma verdeckten Schatten des Sternums einen hellen perpendiculären Streifen, bedingt durch die Anwesenheit von Lungengewebe.

Bei den Drüsenschwellungen nun sieht man gerade diesen sonst hellen Streifen eingenommen durch die Schatten der Drüsen.

FINDER.

112) **F. Schlagenhaufer** (Wien). **Zur Erkenntniss der Erkrankungen der bronchialen Lymphdrüsen.** *Wien. klin. Wochenschrift. 1901. No. 23.*

Drei Fälle von Pyämie nach Vereiterung einer bronchialen Lymphdrüse. In einem Falle communicirte der Bronchialdrüsenabscess mit Bronchus und Oesophagus, im zweiten war eine solche Verbindung nicht nachweisbar, im dritten jedoch bestand eine Oeffnung in ein Tractionsdivertikel der Speiseröhre. In allen 3 Fällen kam es zu multiplen Gehirnabscessen.

CHIARI.

f. Schilddrüse.

113) **P. G. Edgar. Ein Fall von Bronchocele bei einem Eingeborenen von Perak, Malay States. (Case of bronchocele in a Native of Perak, Malay States.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Februar 1901.*

Es handelte sich um einen Eingeborenen aus Perak, wo diese Erkrankung endemisch vorkommt. Die Schwellung begann beim Patienten im 20. Lebensjahr und wuchs allmälig zu enormer Grösse an. Beide Lappen der Schilddrüse sind vergrössert und offenbar cystisch entartet. Die Malayen führen diese Erkrankung auf das Trinkwasser zurück.

LEFFERTS.

114) **Otto J. Freer. Schilddrüsengewebe im Larynx und der Trachea. (Thyroid tissue in the larynx and trachea.)** *Journal American Medical Association. 30. März 1901.*

Verfasser stellt 9 bisher beobachtete Fälle von Schilddrüsengewebe in Larynx und Trachea zusammen. Eine weiche Schwellung in der Regio subglottica, sowie anfallsweise auftretende Dyspnoe mit längeren freien Zwischenzeiten unter

zeitweilig so heftigen Erscheinungen, dass die Tracheotomie nothwendig wird, erinnern an Laryngitis subglottica. Bei letzterer sind die Schwellungen jedoch bilateral und reichen bis auf die Stimmbänder hinab. Bei jener Anomalie pflegt die Schwellung dagegen einseitig zu sein. Der vom Verf. mitgetheilte Fall zeigt eine diffuse Schwellung, die symmetrisch an der Regio subglottica gelegen ist, gerade wie bei Laryngitis subglottica. Die Schwellung bei Laryngitis subglottica erstreckt sich zum Theil auch auf die unteren Abschnitte der Stimmbänder und nimmt an ihren Bewegungen Theil.

EMIL MAYER.

115) **Schlatter** (Zürich). **Kalkkropf mit echter Knochenbildung als Strumectomiehinderniss.** *Gesellschaft der Aerzte in Zürich. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 18. 1901.*

Der grosse knochenharte substernale Kropf, welcher schwere Asphyxien bewirkt hatte, konnte erst nach in höchster Todesnoth ausgeführter Tracheotomie hervorluxirt werden. Mikroskopisch zeigte sich ächter Knochen. Die Heilung ging glatt von Statten.

JONQUIÈRE.

116) **Ch. A. Stafford. Morbus Basedowii. (Exophthalmic goitre.)** *Indiana Medical Journal. April 1901.*

Bericht über einen Fall. Verf. vertritt die Ansicht, dass 20 pCt. der Fälle auch ohne Medikation günstigen Verlauf nehmen.

EMIL MAYER.

117) **Delagenière. Dauerresultat bei einem Fall von Exothyropexie. (Résultat éloigné d'un un cas d'exothyropexie.)** *Arch. méd. d'Angers. 20. März 1901.*

Die Kranke war im Jahre 1896 wegen einer von Erstickungsanfällen, Tachycardie und Tremor begleiteten Struma operirt worden. Der Isthmus war enucleirt und die beiden Seitenlappen in der Wunde fixirt worden. Gegenwärtig sind die nervösen Störungen bei der Kranken, abgesehen von einem intensiven dyspeptischen Zustand verschwunden und der Hals hat wieder seine natürliche Form.

PAUL RAUGÉ.

118) **Babinski** (Paris). **Behandlung des Morbus Basedowii mit salicylsaurem Natron. (Du traitement de la maladie de Basedow par le salicylat de soude.)** *Société de neurologie. 7. Februar 1901.*

Verfasser theilt die Resultate mit, die er bei der Behandlung des Morbus Basedowii mit salicylsaurem Natron erzielt hat. Im ersten Fall handelt es sich um eine 28jähr. Frau, die seit 3 Jahren Symptome beginnenden Basedows hatte. Seit Januar 1899 haben sich die Symptome beträchtlich verschlimmert und im Februar waren Struma, starker Exophthalmus, Tremor in den Armen und Pulsbeschleunigung auf 140 Schläge in der Minute nachweisbar. Dabei war die Patientin viel schwächer geworden und beträchtlich abgemagert. Nun wurde sie durch mehrere Monate hindurch mit salicylsaurem Natron behandelt. Im October 1899 war ihr Zustand vollkommen verändert. Die Pulszahl betrug nur 80 in der Minute, die Struma und der Tremor waren verschwunden, die Kräfte zurückgekehrt und eine erhebliche Gewichtszunahme zu verzeichnen. Verfasser berichtet ausserdem von

zwei ähnlichen Fällen, die gleichfalls mit salicylsaurem Natron erheblich gebessert wurden.

PAUL RAUGÉ.

119) **Wertheimer** (Lille). **Resection des Sympathicus beim Menschen. (Resection du sympathique chez l'homme.)** *Société de Biologie. 9. Februar 1901.*

Verfasser hat Gelegenheit gehabt, während einer Resection des Sympathicus wegen basedowischer Erkrankung den Nerven zu reizen und den Puls dabei graphisch aufzuzeichnen. Er hat dabei keine Beschleunigung der Herzthätigkeit gesehen, im Gegensatz zu den Resultaten im Thierexperiment.

PAUL RAUGÉ.

120) **T. S. Horsley. Excision des sympathischen Halsganglions bei Basedowischer Krankheit. (Excision of the vertical sympathetic ganglia for exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 6. April 1901.*

Verfasser betont, dass dieses die erste in Amerika wegen Basedowischer Krankheit ausgeführte Excision des Halsganglioms war.

LEFFERTS.

121) **Jacob Sobel. Erweiterungen der sublingualen Venen bei infantilem Myxödem. (Enlargement of the sublingual veins in infantile myxoedema.)** *N. Y. Medical Record. 6. April 1901.*

Verfasser beobachtete bei einem Fall von sporadischem Cretinismus eine ausgesprochene Erweiterung der Venen an der Unterfläche der Zunge, die besonders dann, wenn das Kind schrie, wahrhaft varicös anschwollen. Seit der Besserung der Erkrankung durch steigende Dosen von Schilddrüsenextract verschwanden diese venösen Erweiterungen allmählich bei gleichzeitiger Besserung des Allgemeinbefindens und Verkleinerung der Zunge.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

122) **Camillo Poli** (Genua). **Tracheoskopische Erkennung von Fremdkörpern im Oesophagus. (Sopra un segno tracheoscopico dei corpi stranieri nell' esofago.)** *Mono dal Bollettine della R. Accad. Med. di Genova. Num. IV. Anno XVI.*

Verfasser beschreibt einen Fall, in welchem die Tracheoskopie erfolgreich angewandt wurde zur Erkennung eines Fremdkörpers in dem Oesophagus und betont, dass auf diesem Wege gelegentlich gute Erfolge erzielt werden.

JAMES DONELAN.

123) **K. Ortmann. Klinischer Beitrag zum Ulcus pepticum des Oesophagus. (Clinical contribution to the peptic ulcer of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 6. April 1901.*

Verfasser beschreibt zwei Fälle mit sekundären narbigen Verengerungen und Dilatationen des Oesophagus, die sich durch grosse Aehnlichkeit mit dem Ulcus pepticum des Magens auszeichneten. Dass solche Fälle vorkommen können, hat auch Schaffer in seinem histologischen Werke betont. Die Symptome sind nicht pathognomonisch und bestehen in Dysphagie, Regurgitation, Schmerzen hinter dem unteren Theil des Brustbeins und Blutbrechen. Das Bestehen einer nicht-

hysterischen Strictur ohne nachweisliches Vorhandensein einer malignen Erkrankung und zweifelloses Narbengewebe bei der Untersuchung mit der Sonde zusammen mit dem protrahirten Verlauf der Erkrankung führten den Verfasser auf die Diagnose. In beiden Fällen wurde mit allmählicher Erweiterung durch Bougies beträchtliche Besserung erzielt. LEFFERTS.

124) **N. V. Sletoff** und **P. I. Postnikoff. Elektrolyse bei narbiger Stenose des Oesophagus. (Electrolysis in cicatricial stenosis of the Oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 2. März 1901.*

Vor etwas mehr als zwei Jahren haben die beiden Verfasser ihren ersten mit Electrolyse erfolgreich behandelten Fall von Narbenstenose des Oesophagus publicirt. In vorliegender Publication theilen sie nun einen zweiten derartigen Fall mit, der im Verlauf des letzten Jahres auf electrolytischem Wege von ihnen behandelt worden war. LEFFERTS.

125) **Ch. H. Frazier. Die Behandlung der Narbenstenose des Oesophagus mit besonderer Berücksichtigung der König'schen Methode. (The treatment of cicatricial stenosis of the esophagus with particular reference to the method of Koenig.)** *Pennsylvania Medical Journal. April 1901.*

Verfasser hat perforirte Silberkugeln anfertigen lassen, die an einem Seidenfaden befestigt und vom Patienten hinabgeschluckt werden. Der Faden wird dann aussen an der Kleidung befestigt. Die erste Kugel brauchte 48 Stunden bis sie in den Magen kam, eine grössere, die nachher eingeführt wurde, nur 24 Stunden, danach wurde der Oesophagus mit günstigem Erfolge bougirt. Die äusserste Grenze, bis zu welcher Oesophagusstenosen erweitert werden sollen, sind 18 mm, bei Kindern, bei Erwachsenen 22 mm. Im Allgemeinen ist das Bougiren zu empfehlen und nur wo dies unmöglich ist, soll das Verfahren mit den Silberkugeln angewandt werden. EMIL MAYER.

126) **M. Goris** (Brüssel). **Ueber Oesophagorrhaphie nach Exstirpation des Larynx. De l'oesophagorrhaphie après l'exstirpation du larynx.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Verf. empfiehlt Excision eines Abschnittes des Oesophagus und Naht der dabei gebildeten Lappen zur Verhütung von Senkung des Oesophagus in die laryngeale Höhle nach der partiellen Exstirpation des Larynx. E. J. MOURE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Grünwald** (München). **Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** München, J. Lehmann. 1902. 2. Aufl.

Der im 11. Jahrgang dieses Blattes kurz besprochene kleine Atlas von Grünwald ist in seiner neuen Gestalt nicht wiederzuerkennen, er liegt in einer vollkommenen Neubearbeitung vor uns. Nicht nur, dass eine grosse Anzahl neuer farbiger Tafeln und neue Textabbildungen eingefügt sind, hat der Verfasser einen

kurzen Grundriss angefügt, der dem Studirenden und dem practischen Arzte eine Einführung in das Verständniss der schwierigen Materie bieten soll. Der Text für den Atlas besteht nicht mehr bloss aus Beschreibungen, sondern enthält ganze Krankengeschichten, die durch beachtenswerthe Details den Grundriss ergänzen sollen. Ausgezeichnet sind die Tafeln gerathen, welche die Erkrankungen des Nasenrachenraumes und die mikroskopischen Bilder enthalten, während bei einzelnen Abbildungen der die Mundrachenhöhle treffenden Krankheiten die Farbentöne nicht immer ganz richtig getroffen sind, so auf Taf. 6 bei der Darstellung der Leukoplakie und der Lingua geographica, auf Taf. 8 der Diphtherie, Taf. 14 der Pharyngomycosis. Bei einer weiteren Auflage werden auch diese Aussetzungen Berücksichtigung finden.

Seifert.

b) **G. F. Head** und **Albert H Andrew** (Chicago), **Jahrbuch der Erkrankungen der Nase, des Halses und der Ohren. (The year book of the nose, throat and ear.)** Chicago, U. S. A. The Year-Book Publishers. 1901.

Die Verfasser geben hier mit anerkennenswerther Schnelligkeit (schon im Monat Februar) eine Uebersicht über die Literatur des vergangenen Jahres. Manche Artikel sind freilich nicht berücksichtigt worden, sei es, weil sie nichts Neues auf dem betreffenden Gebiete gebracht haben, oder weil sie für den Praktiker nicht geeignet wären. Diese Art der Zusammenstellung würde jedem Anspruch genügen, wenn ein Jahrbuch nur dazu da wäre, über neue oder besonders interessante Gegenstände zu berichten. Es hat aber doch auch zugleich den Zweck als Index Medicus für das Specialgebiet zu dienen und hierbei kommt die Beurtheilung des Werthes einer Arbeit weniger in Betracht. Es wäre zu wünschen, dass die Arbeiten sämmtlicher Zeitschriften darin berücksichtigt würden, die unbedeutenden nur kurz, die wichtigeren etwas ausführlicher.

Die Artikel in dem vorliegenden Bande sind übrigens gut geordnet und recht vollständig und so ist das Werk als werthvolle Ergänzung zu begrüssen.

Emil Meyer.

---

c) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

12. Sitzung, 30. März 1901.

1. S. Bentzen: Ueber den chronischen peritonsillären Abscess. Bei einem 37jährigen Mann, der früher gesund gewesen ist, stellten sich vor einem Monate plötzlich Halsweh, Schluckbeschwerden, erschwerte Sprache ein. Keine subjective Febrilia. Da der Zustand unverändert blieb, wandte sich der Kranke an die Universitätsklinik. Als man die linke Seite der Fauces sondirte, fand sich daselbst eine sehr starke Empfindlichkeit und bei Würgbewegungen kam dünnflüssiger Eiter bei der obersten hintersten Ecke der linken Tonsille hervor. Hier fand sich eine spaltenförmige Oeffnung und eine Sonde drang gut 1 cm in der Richtung nach aussen und oben. — 3 Tage später dasselbe Bild.



Der Verfasser hat nur 13 Fälle von chronischem peritonsillärem Abscess in der Literatur finden können. Sie können auf dreierlei Weise entstehen. 1. Wenn eine phlegmonöse Angina häufig dieselbe Tonsille angreift. 2. Bisweilen, wie im oben referirten Falle, sieht man, dass eine leichte Angina, entweder katarrhalisch oder folliculär einen chronischen Abscess hervorrufen kann. 3. Endlich kann der peritonsilläre Abscess ein Senkungsabscess von einem purulenten Nasenleiden oder Empyema antri Highmori sein.

2. Nörregaard demonstrirt eine Pat. mit einer abnormen Pulsation hinter dem linken Gaumenbogen. Die pulsirende Stelle hat eine Länge von ungefähr $2^1/_2$ cm und erstreckt sich etwas bogenförmig gegen die Hinterwand des Rachens hinauf.

3. Nörregaard demonstrirt eine Pat. mit oberflächlichen Ulcerationsprocessen an den Mandeln und Gaumenbögen. Die Pat. hat seit einiger Zeit Halsweh und geschwollene Drüsen. Die Tonsillen sind leicht geschwollen und ulcerirt, die Uvula und die Gaumenbögen mit kleinen Granulationen, etwas an Angina herpetica erinnernd, besetzt. 14 Tage später wurde die jetzt fluctuirende Drüsengeschwulst an der rechten Seite des Halses incidirt. Bei der Entleerung des Abscesses schwanden auch die Ulcerationen im Munde. Später recidivirten der Abscess und die Ulcerationen an den Tonsillen. N. vermuthet, dieser oberflächliche Ulcerationsprocess sei der primäre Ausgangspunkt der Infection, deren ganzer Verlauf auf eine Tuberculose hindeutet.

4. Nörregaard demonstrirt eine 36jährige Dame, die seit ihrem 8. Jahre eine heisere Stimme hatte. Die Heiserkeit ist permanent. Sie ist sonst gesund, nicht hysterisch. Die Ursache unbekannt. Laryngoskopisch sieht man, dass die wahren und gesund aussehenden Stimmbänder im hintersten Theil nicht zusammenkommen. Der Zustand trotz langer Behandlung unverändert (functionelle Heiserkeit).

5. Schmiegelow demonstrirt eine Pat. mit Strictura tracheae in Folge einer gummösen Ulceration unten an der Bifurcation. Die Pat. ist ein 26jähriges Mädchen, das an anhaltendem Husten und Athembeschwerden litt. Ist wahrscheinlich vor 9 Jahren luetisch inficirt worden. Sie ist kräftig gebaut. Stethoskopie normal.

Deutlich stenotische Respiration sowohl bei der In- als der Exspiration. Die Stimme normal. Das Schlucken frei. Laryngoskopie: Der Larynx und oberste Theil frei und normal. Im untersten Theile der Trachea sieht man eine knorrige, ulcerirte Neubildung, die dicht über der Bifurcation von der vordersten und linken Wand der Trachea ausgeht. Die Behandlung hat in einer gemischten Hg-Jodkal.-Cur und Morphininsufflationen bestanden, und die Symptome haben sich ein wenig gebessert. Es findet sich jetzt eine dauernde Stenose narbiger Natur im untersten Theile der Trachea. Wenn Pat. nicht erkältet ist, sind die Respirationsbeschwerden nicht gross.

13. Sitzung, 24. April 1901.

1. Vincent: Doppeltseitige Posticusparalyse bei einer Tabischen. Theilt die Krankengeschichte einer sehr genau beobachteten tabischen Frau, die jetzt 60 Jahre alt ist, mit. Seit 1896 hat sie an Anfällen von inspiratorischer Dyspnoe gelitten. Die Pat. wird vorgestellt. Bei der Laryngoskopie sieht man die beiden Stimmbänder stark adducirt, so dass Rima gl. selbst während der Inspiration in Querdiameter sehr klein ist; während des Beginns derselben schliesst sich die Glottis völlig. Die Ränder der Stimmbänder fast parallel. Die Stimme nicht heiser, schlägt leicht in Falset über; die Rede wird von keuchender Inspiration unterbrochen. Es findet sich eine atrophische Parese der Mm. sternocleidomastoideus und cucullaris.

2. Schmiegelow: Adenocarcinoma laryngis bei einem 46jährigen Manne. Partielle Resection des Larynx. Demonstration des Patienten. Vor 3 Wochen war Resectio laryngis gemacht. Der Krebs hatte die ganze linke Seite des Kehlkopfes angegriffen und nach vorne die Mittellinie überschritten. Das Leiden hatte sich schnell entwickelt (ca. $2^1/_2$ Monat). Die mikroskopische Untersuchung der endolaryngeal entfernten Stücken der Neubildung zeigte die Malignität. Operation: Einlegung der Hahn'schen Tamponcanüle. Entfernung der linken Cart. thyreoidea, des vordersten Drittels der rechten Cart. thyreoidea und der angegriffenen Theile des Larynxinneren. Heilung. S. wird später das weitere Schicksal des Pat. mittheilen.

3. Schmiegelow: Corp. alienum oesophagi. Oesophagotomia externa. Heilung. 74jährige Dame hatte am 26. März 1901 ein goldenes Gebiss mit 4 Zähnen verschluckt. Die Prothese sass, wie eine Röntgen-Photographie zeigte, am Uebergange zwischen der Hals- und Brustwirbelsäule. Nach vergeblichen Versuchen, es durch den Mund zu entfernen, wurde Oesophagotomia ext. am 11. April gemacht. Das Gebiss hatte sich offenbar während der Operation gelöst, der Oesophagus war nach der Spaltung ganz frei; am 12. April ging das Gebiss per anum ab.

4. Buhl stellt einen 38jährigen Mann mit einem Angiom der Unterlippe vor. Das Angiom war mit Galvanopunktur behandelt worden und das Resultat vorläufig sehr günstig.

5. Gottlieb Kiär: Tumor laryngis, Demonstration des Pat., eines 65jährigen Mannes. Die Krankheit begann vor $^3/_4$ Jahren mit Schmerzen im Halse, Beschwerden beim Schlucken und blutgemischten Auswurf. In der letzten Zeit ist es ihm fast unmöglich gewesen, feste Nahrung hinunterzubringen. Starke Abmagerung. Bei der Laryngoskopie sieht man den ganzen Aditus laryngis als Sitz eines ulcerirenden Tumors, wodurch der Aditus zu einer 2 mm breiten Spalte verengt wird. Geschwollene Drüsen auswendig am Halse. Wegen der Grösse der Drüsengeschwülste und des Alters des Mannes wird keine Operation vorgenommen. Sollten sich Respirationsbeschwerden einstellen, so wird Tracheotomie gemacht werden.

6. Mittheilungen otologischer Natur (Buhl).

Schmiegelow.

---

e) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Neunte Jahresversammlung in Arnheim, 22. und 23. Juni 1901.

Vorsitzender: Guye.

(Der ausführliche Bericht erscheint in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.)

In den Vorstand wurden wiedergewählt: Guye (Vorsitzender), Moll (Schatzmeister), Burger (Secretär, Bibliothekar).

IV. J. A. Römer (Leemwarden): Demonstration einer Geschwulst der Epiglottis. Bei einem 24jährigen Mädchen bedeutende Schwellung vor und hinter der Epiglottis, welche mit einem kleinen Rändchen aus der Geschwulst emporragt. Letzterer liegt den ary-epiglottischen Falten an und lässt vor der hinteren Kehlkopfwand nur eine spaltförmige Oeffnung frei. Die Geschwulst ist hart; kein Schmerz, keine Lymphome. Februar 1900 Exstirpation nach Pharyngotomia subhyoidea, wobei ein Theil der Epiglottis mit entfernt wurde. Vollständige dauernde Heilung. Auf Durchschnitt zeigt sich der präepiglottische Theil überwiegend aus Bindegewebssträngen bestehend, während der laryngeale Theil wieder runde und ovale Zellen mit grossen Kernen aufweist. Die Zellen liegen dicht neben einander in den Maschen eines Bindegewebsnetzes. Zwischen beiden Theilen, der Epiglottis entsprechend, sieht man einzelne Knorpelzellen.

V. A. C. H. Moll (Arnheim): Demonstration des mikroskopischen Präparates eines Epithelialcarcinoms der Zunge. Das Präparat stammt von einem 24jährigen Mädchen.

VI. B. H. Zwaardemaker (Utrecht): Eine bis jetzt unbemerkt gebliebene Eigenthümlichkeit des Geruchsinns. Wenn man durch den Olfactometer langsam aspirirt und den durchstreichenden Luftstrom langsam unterbricht, so wird daraus eine Schwächung, aber keine Intermittenz der Geruchsempfindung resultiren. Wenn man aber während eines gleich langen Zeitraumes eine Reihe von Aspirationen, z. B. jede halbe Secunde eine macht, so zeigt sich, dass jede Aspiration eine selbstständige Empfindung auslöst. Die isolirten Empfindungen fliessen nie zusammen. Demnach ergiebt intranasale Unterbrechung des Luftstroms eine discontinuirliche, extranasale Unterbrechung eine continuirliche Empfindung.

VII. P. Th. L. Kan (Leiden): Ueber ein Osteom der linken Stirnhöhle. Eine sehr grosse, von der linken Stirnhöhle ausgehende, in die Orbita, in die Schädelhöhle, sowie ins Siebbein fortgewucherte Knochengeschwulst, welche mit grosser Mühe abgetragen wurde. Heilung per prim. int.

IX. B. W. Posthumus Meyjes: Das Entstehen von Carcinom aus einem gutartigen Geschwür der Mundhöhle. Bei einem 56jährigen Herrn, der seit 7 Jahren an Mundbeschwerden leidet, findet M. eine Ulceration am unteren Theil des linken Arcus palato-glossus, welche ein gutartiges Aussehen hat, sich aber mikroskopisch als Carcinom erweist. Wegen der langen Dauer der

Beschwerden und des Missbrauchs von Tabak beim Pat. nimmt M. an, dass sich das Carcinom aus einem Ulcus benignum entwickelt haben müsse.

Burger erachtet, weil M. nur das letzte Stadium beobachtet hat, den Fall ungeeignet, um diesen Fall zu illustriren.

XII. A. A. G. Guye (Amsterdam): Ueber Ausschabung der Keilbeinhöhle, anlässlich dreier operirter Fälle. Bei sämmtlichen Fällen bestand chronische Keilbeinhöhleneiterung mit Nasenpolypen ohne Fötor. Durch die Ausschabung mit dem scharfen Löffel wurden sie geheilt resp. erheblich gebessert.

XIII. H. Broat (Arnheim): Demonstration eines Patienten mit seltenen Motilitätsstörungen im Kehlkopf. Es ist der bereits 1897 in dieser Gesellschaft demonstrirte Patient mit rechtsseitiger Posticus- und linksseitiger Lateralislähmung. Das Bild ist unverändert.

Demonstration eines Falles von Laryngitis rheumatica. Eine seit Jahren bestehende fast allgemeine Schwellung im Kehlkopf, mit Husten, Heiserkeit, Schluckweh, Abmagerung, dem sich Gelenkbeschwerden in sämmtlichen Extremitäten hinzugesellten. Bedeutende Besserung, zwar keine Heilung unter Ichthyol- und Salicyl-Behandlung.

XIV. A. C. H. Moll: A. Demonstration von Kranken mit tuberculösen Affectionen der oberen Luftwege. 1. Ein Mann mit einer tuberculösen Ulceration am linken Processus vocalis. Nach einer energischen localen Behandlung Heilung, so dass Pat. bereits seit 2 Jahren seinem Beruf als Lehrer wieder nachkommen kann.

2. Ein Fall von Lupus der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Am letzteren Organ hat der Process am Kehldeckel angefangen und ist schmerzlos verlaufen. Keine Lungenaffection. Durch eine energische, überwiegend cauterisirende Therapie ist der Zustand wesentlich verbessert.

Posthumus Meyjes bezweifelt, ob beim ersten Patienten der Kehlkopf ganz geheilt sei.

Moll macht auf den jetzt zufälligerweise bestehenden acuten Katarrh aufmerksam.

B. Demonstration von Patienten, bei welchen wegen Empyema antri Highmori die Luc'sche Radicaloperation gemacht worden ist. Moll demonstrirte 2 Fälle und erwähnt einen dritten von Heilung chronischer Kieferhöhleneiterung nach der Luc'schen Operation.

Burger kann diese Operation nicht als eine „radicale" gelten lassen, weil man den Verlauf nicht zu controliren im Stande ist. Eine wirkliche vollständige Heilung hat er in seinen Fällen nicht erhalten.

Posthumus Meyjes hat in einer Reihe von Fällen sämmtliche Symptome vollständig schwinden sehen.

Moll meint, dass die grosse Mehrzahl der Patienten nach der Operation in solchem Maasse gebessert sei, dass man ein Recht hat, von Heilung zu reden.

Sikkel schliesst sich Burger an, dass die Luc'sche Operation der Kieferhöhle, sowie dieselbe der Stirnhöhle mit der „Radicaloperation" des Mittelohres nicht zu vergleichen ist.

XV. A. Frederikse (Amsterdam): A. Demonstration einer von Rhinitis caseosa geheilten Patientin. Eine 53jährige Patientin, deren linke Nasenhälfte mit käsigen Massen ausgefüllt war, wurde von denselben mittelst Spritze und Sonde befreit. Die Secretmassen recidivirten nicht. Es zeigte sich die laterale Nasenwand fast ganz verschwunden, so dass Nase und Kieferhöhle zu einer grossen Höhle vereinigt waren. Die Massen zeigten sich mikroskopisch als Netzwerk, das vollständig den Eindruck von Schimmelmycel machte, welche aber bei Erhitzung verschwanden und, wie sich dann herausstellte, Krystalle von Fettsäuren waren. F. erwähnt einen zweiten Fall, der gleichfalls nach einmaliger Reinigung dauernd geheilt blieb. F. erwähnt die Möglichkeit, dass bei einer Kieferhöhleneiterung mit ganz geringer Absonderung das sparsame Secret eintrocknet, sich zersetzt und, wenn die Höhle gänzlich damit ausgefüllt ist, durch Druckusur die schwächste — nasale — Wand zum Schwinden bringt.

B. Demonstration des Präparates eines blutenden Septumpolypen. Die Patientin litt seit 11 Jahren an Nasenbluten, welches nach der Abtragung des Polypen sistirte. Mikroskopisch war der Tumor ein Fibro-angioma simplex und nicht — wie z. B. bei Schwager — ein cavernöses Angiom.

C. Demonstration eines mikroskopischen Präparates von Fibro-adenoma pendulum des Pharynx. Das Präparat ist interessant wegen des sehr schönen, hohen Drüsenepithels, während das Bindegewebe sich im Entzündungszustand befindet.

XVI. B. Borneman (Hilversum): Ein eigenthümlicher Fall von Retropharyngealabscess. Der $4^1/_2$jährige Patient litt seit einigen Monaten an zunehmender Dyspnoe. Es bestand ein Retropharyngealabscess, aus welchem sich nach Incision eine grosse Menge dicken, zähen Eiters entleerte. Es war kein einziges Zeichen einer Spondylitis vorhanden. Nach ein paar Tagen, beim Recidiviren der Erscheinungen wurde ein Chirurg consultirt. Als derselbe die Heister'sche Mundklemme einführte und den Kopf des Kindes rückwärts beugte, trat plötzlicher Exitus ein.

H. Burger.

III. Briefkasten.

74 Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

21. bis 27. September 1902.

Karlsbad, den 1. März 1902.

Hochgeehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten giebt sich die Ehre, die Herren Fachgenossen zu den Verhandlungen der Abtheilung während der 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad, die vom 21. bis 27. September 1902 stattfinden wird, ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die anfangs Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — wenn möglich bis zum 15. Mai bei dem mitunterzeichneten

Med. Dr. Alexander Hnilitschka, Neudek bei Karlsbad,

anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maassgebend.

Da auch auf der bevorstehenden Versammlung, wie seit mehreren Jahren, wissenschaftliche Fragen von allgemeinerem Interesse soweit wie möglich in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abtheilungen behandelt werden sollen, so bitten wir Sie auch, uns Ihre Wünsche für derartige, von unserer Abtheilung zu veranlassende gemeinsame Sitzungen übermitteln zu wollen.

Die Einführenden:
Med. Dr. Alexander Hnilitschka, Neudek bei Karlsbad.
Med. Dr. Isidor Müller, Karlsbad. Professor Dr. Emanuel Zaufal, Prag.
Der Schriftführer:
Med. Dr. Hugo Löwi, Karlsbad.

Bitte an die Herren Secretäre laryngologischer Gesellschaften und Congresse, möglichst frühzeitige Mittheilung von Programmen etc. betreffend.

Der Herausgeber des Centralblattes richtet an die Herren Secretäre laryngologischer Gesellschaften und Congresse die erneute Bitte (vgl. Centralblat VIII, S. 318), Programme und sonstige Mittheilungen, deren Aufnahme in den Briefkasten gewünscht wird, ihm spätestens vor der Mitte des der Abhaltung der betreffenden Versammlung vorhergehenden Monats zuzustellen, da es bei dem Geschäftsgange des Centralblattes anderenfalles nicht möglich ist, die gewünschten Mittheilungen vor Abhaltung der betreffenden Versammlung zu bringen.

Personalnachrichten.

Professor Jurasz (Heidelberg) hat den Ritterorden I. Classe vom Zähringer Löwen erhalten.

Eine stimmphysiologische Anfrage.

(Brief von Dr. Bukofzer (Königsberg i/Pr. an Dr. Spiess (Frankfurt a/M.)

Königsberg in Preussen.

Sehr geehrter Herr College!

Zwar hat Gutzmann eine mit meiner Anschauung ziemlich conforme Antwort auf Ihre stimmphysiologische Frage bereits ertheilt, doch will es mir scheinen, dass seine Ausführungen gewisser nicht unwichtiger Ergänzungen und Erweiterungen bedürfen.

Barth ist denn doch leicht über die Sache hinweggegangen. Durch die Klangfarbe kann höchstens einmal (etwa bei Blechinstrumenten oder beim Alt oder Tenor) die Octavenlage eines einzelnen Tones oder einer Tonfolge dem Ohre ungewiss werden; niemals aber kann in einem auch nur halbwegs geübten Ohre ein Zweifel über das Verhältniss der Schwingungszahlen der Töne untereinander entstehen.

Ihre Beobachtung ist richtig. Zur Erklärung: Wir dürfen nicht vergessen, dass die Stimmlippen bei der Phonation durch den Exspirationsstrom nach oben gewölbt werden. Je stärker der Luftstrom, um so mehr werden die Stimmbänder nach oben gewölbt und gedehnt werden, um so höher wird der Ton über die beabsichtigte Höhe steigen, wenn nicht ein Ausgleichungsmechanismus in Kraft tritt. — Bei Sängern findet nun ein völliger Ausgleich des Fehlers statt. Sie „treiben“ den Ton beim Crescendo-Singen also nicht in die Höhe wie die Ungeübten. Der Ausgleichungsmechanismus dürfte darin bestehen, dass beim Ansatz jedes Tones mit dem Factor der Dehnung der Stimmbänder durch den Exspirationsstrom von vornherein gerechnet und der Ton je nach der beabsichtigten Stärke tiefer eingestellt wird, und zwar bei Sängern durch feinste Ausbildung des an sich schon sehr differenzirten Phonationsmuskelgefühls am promptesten und durch die Gewohnheit „automatisch“. — Wird nun das Ansatzrohr auf ein Minimum verengt, wie in Ihrem Versuch, so muss durch die entstehende Rückstauung des Exspirationsstromes eine Planirung des Stimmbandniveaus, also eine Entspannung, ein Tieferwerden des Tones eintreten. Dann aber darf es nicht Wunder nehmen, wenn gerade bei Sängern mit ihrem noch obenein automatisch mitwirkenden Ausgleichsmechanismus, der nach derselben Richtung wirkt, Ihr Versuch besonders ergiebig ausfällt. Zu Anfang! Denn später controliren sie die Abweichung des Tones durch ihr Ohr und stellen sie ab, indem sie beide Fehlerquellen tilgen, also nicht, wie Gutzmann meint, nur den Exspirationsstrom verstärken, sondern auch den Ausgleichsmechanismus ausser Thätigkeit setzen. Denn die Verstärkung des Exspirationsstroms würde auch eine Verstärkung des Rückstaugsstroms bewirken, könnte also für sich allein kaum den Fehler aufheben.

Uebrigens zeigt Ihr Experiment und die nachfolgende Correctur der Tonhöhe auch sehr schön die normale primäre Leitung der Tongebung durch das Phonationsmuskelgefühl und die erst secundäre Controle durch das Ohr, so dass das Wunderbare des richtigen Einsetzens eines Tones vor der Controle durch das Ohr auf unser minutiöses Muskelgefühl zurückgeführt werden muss, welches infolge erstaunlicher Uebung und reichlicher Ausstattung mit Nervenelementen, bei Intention bestimmter Tonhöhe und Tonstärke auch in gleichbestimmter Intensität auftretend, uns von der Richtigkeit der Einstellung, und zwar noch früher Kunde giebt als das Ohr. Sollte es dann noch in der That überraschen, wenn zur Erzielung dieser Empfindlichkeit der rein motorische Recurrens noch kurz vor seiner Endausbreitung sensible Fasern aus dem N. laryng. superior mit sich nähme (Réthi), um für die zartesten Muskelactionen einen Indicator dicht bei sich zu führen?

Ergebenen collegialen Gruss.

Hochachtend

Bukofzer.

L. Secretan †.

Am 13. Mai erlag unser geschätzter Specialcollege, Dr. L. Secreton, Professor der Oto-Laryngologie an der Universität Lausanne, im Alter von nur 50 Jahren, einem Leiden, das ihn acht Monate früher befallen hatte. Dem liebenswürdigen Manne, der zu den ersten Vertretern unseres Faches gehörte, bleibt ein ehrendes Andenken gesichert.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, Juli. 1902. No. 7.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **A. A. Gray. Weitere Bemerkungen über Localanästhesie in Ohr, Nase und Hals. (A further note on the production of local anaesthesia in the ear, nose andt hroat.)** *Lancet. 9. März 1901. N. Y. Medical Record. 23. März 1901. N. Y. Medical News. 20. April 1901.*

Es sind zwei Lösungen nothwendig, die eine ist eine 15—20proc. Lösung von Eucain in Anilinöl, die andere eine 20proc. alkoholische Cocainlösung. Von jeder der beiden Lösungen wird ein halbes Gramm zur Mischung genommen. Dieselbe ist anfangs opalescent, wird aber später ganz klar. Die Maximaldose der Mischung ist 1 g pro dosi. Diese Dose reicht nach der Erfahrung des Verfassers vollständig aus zur Anästhesirung bei der Tonsillotomie, zu der Entfernung von Septumstacheln, zu Cauterisationen oder ähnlichen Operationen. Zwischen der Application des Mittels und dem Beginn der Operation müssen etwa 7 Minuten verstreichen. Das Mittel wird mit einem gewöhnlichen Watteträger aufgetragen.

LEFFERTS.

2) **Wróblewski. Ueber Anästhesirung mit 25proc. alkoholischer Cocainlösung bei Operationen in der Nase, im Pharynx und Larynx. (Znieczulanie 25 proc. orym rostrorem ryskokerym kokainy przy operacyacz w nosse, gardzieli i krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 1. 1902.*

Die Arbeit wurde auch deutsch im Archiv für Laryngologie, Bd. XII., Heft 3, veröffentlicht.

A. v. SOKOLOWSKI.

3) **Saenger. Ueber Sprayinhalationen. (Inhalation of sprays.)** *N. Y. Medical Record. Jnni 1901. Therapeutic Monthly. Juli 1901.*

Saenger hat in einer Reihe von Untersuchungen, welche er vorgenommen hat, um die Wirkung von Sprays auf die Respirationsorgane festzustellen, die Erfahrung gemacht, dass die Flüssigkeit keineswegs immer in die tieferen Partien der Luftwege eindringt, da der Inhalationsstrom zum grossen Theil an der hinteren Rachenwand condensirt wird und von hier erst nach unten tropfenweise



weiter rieselt. Ein geringes Quantum des Inhaltes kann in den Larynx, die Trachea und die grösseren Bronchien eindringen, jedoch nur in so geringen Mengen, dass es therapeutisch wirkungslos sein muss. EMIL MAYER.

4) **Frank H. Edsoll. Das rein active Princip des Nebennierenextractes und seine ausgedehnte Anwendung in der Ophthalmologie und Rhinologie. (The pure active principle of suprarenal extract and its wide range of applicability in ophthalmology and rhinology.)** *Therapeutic Monthly. Mai 1901.*

Mittheilungen allgemeiner Art. EMIL MAYER.

5) **L. Harmer. Die Wirkung des Nebennierenextractes auf Nase und Kehlkopf. (Action of suprarenal extract upon the nose and larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Juni 1901.*

Verfasser hat das Nebennierenextract in der Chiari'schen Klinik in 10 und 15 proc. Lösungen angewandt. Er hält es für ein werthvolles Anaestheticum, besonders da, wo Cocain vermieden werden muss. Von seiner hämostatischen Eigenschaft ist er weniger eingenommen, schätzt es aber hoch bei der Behandlung akuter katarrhalischer Erkrankungen. LEFFERTS.

6) **Frank C. Jodd. Adrenalin, das wirksame Princip des Nebennierenextractes, das stärkste bisher bekannte Haemostaticum. (Adrenalin, the active principle of the suprarenal extract, the most powerful hemostatic known.)** *St. Paul Med. Journal. Mai 1901.*

Eine Lösung von 1 : 10000 vermochte Blutungen bei Nasenoperationen vollständig zu verhüten. Gleichzeitig hob das Mittel den Puls und wirkte so dem Cocain entgegen. EMIL MAYER.

7) **Murray Mc. Farlane. Adrenalin, das neue Haemostaticum. (Adrenalin, the new hemostatic.)** *Canadian Journal Medicine and Surgery. Mai 1901.*

Eine Lösung von 1 : 5000 wird bei operativer Entfernung von adenoiden Wucherungen in den Nasenrachenraum gesprayt und hinterher eine 3proc. Lösung von Eucain B. Narkose wird dabei unnöthig. Verfasser betont, dass die Gefahr der Nachblutungen zwar vorhanden ist, aber durch Bestreichen der Schnittflächen mit Glycerinalkohol und Rosenwasser zu gleichen Theilen wesentlich verringert wird. EMIL MAYER.

8) **Norton L. Wilson. Klinisches über Adrenalin. (Clinical notes on Adrenalin.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Verfasser befürwortet die Anwendung des Adrenalins in Combination mit Cocain oder Holococain, wobei erst das Adrenalin und dann unmittelbar hinterher das Cocainpräparat angewandt werden soll. Bei gleichzeitiger Anwendung von Adrenalin und Cocain ist niemals ein Fall von Cocainvergiftung beobachtet worden. Das Adrenalin lässt sich kochen und auf diese Weise sterilisiren, verträgt sich mit jedem anderen Medicament, was ausserdem noch angewandt werden soll, und hält das Operationsfeld blutleer. Da sich die Dose steigern lässt, ist das Mittel um so sicherer in seiner physiologischen Wirkung. EMIL MAYER.

9) **Dudley S. Reynolds. Der therapeutische Werth des Adrenalin-Chlorids. (The therapeutic value of adrenalin chlorid.)** *American Medicine. 6. Juli 1901.*

Bei allen Formen von Schwellungen der Nasenschleimhaut bringt die Anwendung von 0,2—0,3 Adrenalinlösung mit dem Spray eine prompte Erleichterung. Auf diese Weise werden auch die oberen Recessus leichter zugänglich und dadurch nachfolgende Medicationen wirksamer. Das Mittel macht Operationen in der Nase und auch sonst wo fast ganz unblutig und prädisponirt in keiner Weise, wie das zuweilen behauptet wird, zu Nachblutungen, sondern hat vielmehr den entgegengesetzten Effect. Eine 1proc. Lösung von Adrenalin in Kochsalzlösung stillt jede Form von Nasenbluten. In Fällen von Nachblutungen nach Operationen der Nasenhöhle, an den Tonsillen, wirkt eine Adrenalinlösung, die mit einem Wattebausch gegen die blutende Stelle angepresst wird, prompt blutstillend. Die Adrenalinlösung ist in jeder Hinsicht anderen Nebennierenextract-Präparaten überlegen.

EMIL MAYER.

10) **Burton J. Booth. Adrenalin-Chlorid. (Adrenalin chloride.)** *Albany Medical Annals. October 1901.*

Die Verwendung des Nebennierenextractes in Sprayform in einer Lösung von 1 : 10000 ermöglichte es Sängern, die in Folge von akuter Laryngitis heiser waren, unmittelbar darnach zu singen. Bei der Narkose ist das Mittel ausserdem ein werthvolles Stimulans für das Herz.

EMIL MAYER.

11) **Tokichi Takamine. Das blutdrucksteigernde Princip der Nebenniere. (The blood-pressure raising principle of the suprarenal gland.)** *Journal American Medical Association. 18. Januar 1902.*

Verfasser nennt das blutdrucksteigernde Prinzip Adrenalin und beschreibt die Darstellungsmethode; bezüglich seiner Eigenschaften bemerkt er, dass die therapeutische Anwendung des Präparates schon eine sehr mannigfaltige ist und beständig noch durch Neuuntersuchungen weiter ausgedehnt wird. Adrenalin ist das stärkste locale Adstringens und Haemostaticum, was wir bis jetzt kennen. Es ist wirksam bei allen Entzündungsformen, und das energischste Stimulans für für das Herz. Es reizt garnicht, ist nicht giftig, hat keine cumulirende Wirkung noch irgend welche Nachtheile. Es ist mit gutem Erfolg bei Morphium- und Opiumvergiftung angewandt worden, bei Herzschwäche zur Verhütung von Collapsen bei der Narkose und bei verwandten Zuständen. Es ist besonders werthvoll bei der unblutigen Ausführung von Operationen in der Nase, an den Augen, im Ohr und an dem Halse. Gleichfalls Günstiges wird berichtet von seiner Anwendung von Taubheitszuständen, bei Heufieber, Nasenblutungen und verschiedenen Formen von Herzkrankheiten.

EMIL MAYER.

12) **Suchannek** (Zürich). **Ueber Forman und seine Anwendung.** *Fortschr. der Medicin. 3. 1902.*

S. erklärt das Forman für ein gutes Mittel zur Behandlung einfacher frischer Katarrhe der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Er beobachtete aber auch, dass einige sich anfangs ziemlich ernst anlassende Stirnhöhlenkatarrhe fleissigen Formaninhalationon wichen; bei älteren chronischen Katarrhen, bei Ozaena etc.

stellt Forman nur ein die Beschwerden minderndes Medicament dar. Ferner wird Forman sowohl für ein gutes Prophylacticum bei Influenza erklärt, als auch für ein geeignetes Coupirmittel bei verzärtelten Tuberkulösen, die in der Reconvalescenz befindlich oder mindestens fieberfrei geworden, jedem neuen Schnupfen, jeder neuen Erkältung mit Schrecken entgegensehen. Bei nervösem Schnupfen und Heuschnupfen kann das Forman wenigstens versucht werden. SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **Walter J. Freemann. Die Nasenscheidewand. (The nasal septum.)** *Laryngoscope. October 1901.*

Eine Studie über die entwicklungsgeschichtliche und pathologische Anatomie der Nasenscheidewand. EMIL MAYER.

14) **Wiese** (Frille). **Untersuchungen über die Verbiegungen der Nasenscheidewand.** *Dissert. Göttingen. 1900.*

Die Untersuchungen von W. beziehen sich auf 608 Schädel der Göttinger anatomischen Sammlung. Er fand ausgesprochene Septumverbiegungen in 60pCt. der Fälle, ohne die so häufige Cristenbildung, welche fast immer eine geringe Verbiegung des Septums mit sich bringt, mit hineinzuziehen. SEIFERT.

15) **Geo. B. Wood. Bericht über Befunde an der Nasenscheidewand von 40 Dammerbauern. (A report of the nasal septum as found in the skulls of 40 mound builders.)** *University of Pennsylvania Medical Bulletin. Juli 1901.*

Von 58 Schädeln kalifornischer Dammerbauer waren 40 genügend gut conservirt, um daran mehr weniger genaue Untersuchungen über die Stelluug der knöchernen Partien vornehmen zu können. Nur bei $32^1/_2$ pCt. war ein vollkommen geradgerichtes Septum vorhanden, was jedoch eine Deviation des Knorpels des Septums während des Lebens nicht ausschliesst. Die Befunde entsprechen denjenigen, die Price Brown an den Schädeln amerikanischer Indianer hat erheben können und sind ein Beweis gegen die Theorie, dass Rassenmischung für die grosse Zahl von Septum-Deformitäten, welche sich im kindlichen Wachsthumsalter entwickeln, verantwortlich zu machen sei. EMIL MAYER.

16) **Duchesne. Ueber Nasenscheidewandmissbildungen und ihre Behandlung. (Des malformations de la cloison du nez et de leur traitement.)** *Annal. de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 1. 1901.*

Leitartikel über den gegenwärtigen Standpunkt der Behandlung von Nasenscheidewanddeformationen. Nichts Neues. BAYER.

17) **E. B. Gleason. Behandlung von Verbiegungen der Nasenscheidewand, die mit traumatischen Deformitäten der äusseren Nase verbunden sind. (Treatment of deflection of the nasal septum, complicated by traumatic deformity of the external nose.)** *Journal American Medical Association. 9. März 1901.*

Technische Bemerkungen zur Operationsmethode. EMIL MAYER.

18) **John O. Roe. Die Behandlung von Septumdeviationen mit specieller Berücksichtigung der vom Verfasser angegebenen gefensterten Zertrümmerungszange. (The correction of the deviations of the nasal Septum, with special reference to the use of the author's fenestrated commuting forceps.)** *N. Y. Medical Journal. 13. April 1901.*

Die Publication enthält mehrere Abbildungen, die die verschiedenen Deformitäten der intranasalen Gewebe illustriren. Verfasser bespricht die Vortheile seiner wohlbekannten Operationsmethode. Er constatirt die Ueberlegenheit seiner gefensterten Zange bei der Zertrümmerung der Knochenfragmente. LEFFERTS.

19) **Landau. Die Deformation der Nasenscheidewand und ihre Behandlung mit dem elektrischen Trepan. (Les déformations de la cloison du nez et leur traitement par le trépan électrique.)** *Annal. de la Soc. Méd. Chir. d'Anvers. Mai-Juni 1901.*

Der Autor perforirt mit dem electrischen Trepan die Nasenscheidewand an mehreren Stellen und resecirt dann die dazwischenliegenden Brücken von Neuem mit dem Trepan oder Bohrer natürlich mit Hinterlassung von Scheidewandperforationen.

Der Vorzug sowie Operation bestehen in der Schnelligkeit der Operation, der beschränkten Blutung und verminderten Schmerzhaftigkeit. BAYER.

20) **J. L. Goodale. Ein Fall von Deformität der Nase in Form einer medialen Furche, mit subcutaner Implantation einer Partie des knorpeligen Septums behandelt. (A case of nasal deformty from a median furrow, corrected by subcutaneous implantation of a portion of the septal cartilage.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 25. Juli 1901.*

Genaue Beschreibung des Operationsverfahrens, das in subcutaner Transplantation eines dem knorpeligen Nasenseptum entnommenen Stückes an der Stelle der medianen Depression bestand, unter sorgfältiger Schonung der Schleimhäute. Eine schmerzhafte Schwellung war während der nächsten 24 Stunden zu vermerken, die aber in den nächsten Tagen wieder zurückging, sodass nur noch eine gewisse Empfindlichkeit bei Druck auf die Haut von aussen übrig blieb. Das transplantirte Knorpelstück konnte von aussen her gefühlt werden. Bei der Untersuchung drei Monate später fand sich der transplantirte Knorpel in guter Stellung mit der darüberliegenden Haut fest verwachsen und keine Spur von Recidiv der medianen Einsenkung. Die Gegend des Septums, dem der Knorpel an der rechten Seite entnommen war, war mit weicher Schleimhaut bekleidet. Eine äussere Narbe an der Implantationsstelle war nicht zu sehen. EMIL MAYER.

21) **Stephen F. Lutz. Eine Abänderung in der Technik der Septum-Operationen. (A variation in the technique of septum operations.)** *Laryngoscope. August 1901.*

Der Hauptgesichtspunkt darin ist der, dass zuerst die Zertrümmerung ausgeführt werden muss und dann, wenn nothwendig, die Resection.

EMIL MAYER.



22) Nelson M. Black. **Ein ätiologischer Factor beim Zustandekommen von Septum-Deformitäten und Behandlungsmethoden. (One of the etiologic factors in ihe production of deflected and deformed nasal septums and the methods for its relief.)** *American Medicine. 15. Februar 1902.*

Bei Septumdeviationen wird das Knochengerüst primär geschwächt durch Trauma, Struma, rachitische Diathese, adenoide Wucherungen oder infectiöse Kinderkrankheiten in der Weise, dass die Widerstandsfähigkeit des knöchernen Septums beträchtlich herabgesetzt wird. Auch ätiologische Momente, welche zu Irregularitäten in der Bildung des Oberkiefers führen, können Septumdeviationen verursachen. Man soll deshalb, um ein dauerndes und zufriedenstellendes Resultat an dem deformirten Nasenseptum und dem hochgewölbten Gaumen zu erzielen, die primären Ursachen, nämlich die hohe Wölbung des Gaumens und den spitzwinkligen Alveolarfortsatz zu korrigiren suchen.

EMIL MAYER.

23) H. Wallace. **Ein Nasen-Septometer. (A nasal septometer.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Juli 1901.*

Ueber seinen Werth sind die Meinungen getheilt. Es giebt Rhinologen, die behaupten, dass sie selten oder niemals für ein Septometer Verwendung haben. Verfasser dagegen betrachtet dasselbe als wesentlichen Bestandtheil des specialistischen Instrumentariums.

LEFFERTS.

24) J. L. Goodale. **Acutes Oedem der Nasenscheidewand. (Acute Edema of the nasal septum.)** *Journal American Medical Association. 20. Juli 1901.*

Verfasser berichtet von 2 Fällen, bei denen das Krankheitsbild demjenigen der ödematösen Entzündung des weichen Gaumens auffallend ähnlich ist. In beiden Fällen tritt eine plötzliche Entzündung der Schleimhaut und des submucösen Gewebes auf, mit nachfolgender Exsudation des Serums in die darunterliegenden Bindegewebsschichten. Dabei besteht eine mässige Störung des Allgemeinbefindens und Anzeichen einer infectiösen Erkrankung. In den beiden mitgetheilten Fällen ist die Beobachtung besonders interessant, dass bei einer ziemlich ausgedehnten Entzündung der Schleimhaut in Nase und Nasenrachenraum das Oedem nur auf die Nasenscheidewand beschränkt war. Dieselbe erschien wie eine grosse, durchsichtige gestielte Masse, die einem Schleimhautpolypen sehr ähnlich war. Der ganze Process dauerte 2—3 Wochen, die histologische Untersuchung in einem der beiden Fälle bestätigte die klinische Diagnose auf acutes, entzündliches Oedem.

EMIL MAYER.

25) M. Lublinski (Berlin). **Zur Lehre von der Perichondritis acuta purulenta septi narium.** *Deutsche med. Wochenschr. 1901. 38.*

2 Fälle. Bei dem ersten Ursache und Weg der Infection nicht zu eruiren. Völlige Zerstörung der Cartilago quadrangularis. Doppelseitige Incision. Heilung mit eingesunkenem Nasenrücken. — Im andern Falle war die Infection vermuthlich von den cariösen Stummeln der obern Schneidezähne aus erfolgt.

ZARNIKO.



26) **Suarez de Mendoza** (Paris). **Nasaler Schwindel, geheilt durch bilaterale Abtragung von Partieen der verdickten Nasenscheidewand. (Vertige nasal guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de la cloison épaissie.)** *Académie de Médecine. 14. Mai 1901.*

Es handelt sich um einen Fall von nasalem Schwindel bei Coryza chronica, der durch den aus der Ueberschrift zu ersehenden operativen Eingriff geheilt wurde.

PAUL RAUGÉ.

27) **C. W. Richardson. Perforation der Nasenscheidewand nach Beobachtungen an 25 Fällen mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie und Pathologie. (Perforation of septum narium, from a study of twenty-five cases, with regard to etiology and pathological significance.)** *Laryngoscope. 1901.*

Es ist zweifellos, dass man gesunde Schleimhaut durch Schaben und Schneiden ausgiebig verletzen kann, ohne irgendwie dauernde Veränderungen befürchten zu müssen, nicht aber die erkrankte Schleimhaut. Die meisten Theorien, die über die Entstehung von Septumperforationen aufgestellt worden sind, behaupten, dass die Veränderung der Schleimhaut auf locale Anomalie der Gefässversorgung zurückzuführen sei. Verfasser selbst ist der Meinung, dass die zu Grunde liegende Ursache eine Störung der Innervation des knorpeligen Septums darstellt, wodurch die Widerstandsfähigkeit des Gewebes in einer Weise herabgesetzt wird, dass sie Ulcerationen und Perforationen zugängig wird. Auf Grund eines sorgfältigen Studiums an 17 mit nicht tuberculösen und nicht syphilitischen Perforationen behafteten Kranken, von denen 11 entweder tuberculös oder doch wenigstens tuberculös belastet waren, ist Verfasser der Ansicht, dass die Tuberculose in ätiologischer Beziehung zu dem fraglichen Leiden steht. Es ist erklärlich, dass dann z. B. bei einer typhösen Erkrankung und bei acuten Exanthemen eine Herabsetzung der allgemeinen Widerstandskraft und im Besonderen damit auch des Septumgewebes statthaben kann. Von 25 Kranken boten 8 Anhaltspunkte für syphilitische Erkrankungen, 8 andere litten an schweren sonstigen constitutionellen Erkrankungen; bei 11 Kranken bestand tuberculöse Veranlagung und nur bei 6 war kein ätiologisches Moment zu finden.

EMIL MAYER.

28) **Carle** (Lyon). **Syphilitischer Schanker der Nasenscheidewand. (Chancre syphilitique de la cloison.)** *Société de Médécine de Lyon. 6. Mai 1901.*

Es handelt sich um eine Kranke, die einen wahrscheinlich syphilitisch erkrankten Verwandten gepflegt hatte und bei der nach 3 Monaten an der unteren Partie der Nasenscheidewand rechterseits eine syphilitische Papel auftrat. Einen Monate später stellten sich specifische Erscheinungen im Halse und ein makulöses Exanthem ein.

PAUL RAUGÉ.

29) **W. Freudenthal. Primärer Schanker der Nasenscheidewand. (Primary chancre of tho septum of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Mai 1901.*

Nach einer Besprechung der gewöhnlichen Arten extragenitaler Infectionen und ausdrücklicher Betonung der Seltenheit eines primären Affectes an den Nasenwegen giebt Verfasser die Krankengeschichte von einem Fall, der zu letzter Kategorie gehört. Der Kranke war ein 32jähriger Arzt. Er bemerkte zuerst eine kleine

wunde Stelle an der rechten Seite des Nasenseptums. Die Initialsymptome waren Trockenheit und Verstopfung der Nase. Einen Monat später traten Schwellungen der occipitalen Lymphdrüsen auf und mässige Fieberbewegungen. Die Krankheit wurde zuerst für Influenza angesehen. Die erkrankte Stelle an der Nasenscheidewand sah aus wie eine beginnende Perforation, wie man sie so oft bei Menschen findet, die die Gewohnheit haben, mit dem Finger in der Nase zu bohren. Die Halsdrüsen auf derselben Seite begannen gleichfalls anzuschwellen; die wunde Stelle wurde ein wirkliches Ulcus mit specifischem Charakter. Allmälig schwollen auch die Drüsen auf der anderen Halsseite; später trat ein Exanthem auf und die Krankheit nahm ihren gewöhnlichen Verlauf. Der Arzt hatte die Gewohnheit mit dem Finger in der Nase zu bohren und erinnerte sich, eine Frau vaginal untersucht zu haben, die später specifisch erkrankte. Wahrscheinlich hatte er sich auf diesem Wege inficirt.

LEFFERTS.

30) **L. H. Baker. Die Beziehung der mittleren Muschel zu chronischen Nasenkrankheiten. (The relation of the middle turbinate body to chronic nasal diseases.)** *Journal American Medical Association. 20. Juli 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

31) **Citelli. Ueber die Anwesenheit von intraepithelialen Schleimdrüsen in der unteren Muschel. (Sulla prescenza di ghiandole mucose intraepiteliali nel cornetto inferiore.)** *Academia di Medicina di Torino. Juli, October 1901.*

Verf. hat in einer von 25 untersuchten hyperplastischen unteren Muscheln zahlreiche jener Gebilde gefunden, die Bönninghaus als intraepitheliale Schleimdrüsen gedeutet hat. Er hat dieselben Gebilde auch im Epithel von Ausführungsgängen tief gelegener Drüsen angetroffen. Verf. behauptet, dass aus der genauen Durchsicht seiner zum Theil Serien darstellenden Präparate hervorgehe, dass es sich in der That um innerhalb des Epithels gelegene Drüsen handele und nicht, wie Cordes will, um schleimige Metamorphose des Epithels der Drüsenausführungsgänge.

FINDER.

32) **Albert Sundholm** (Helsingfors). **Beitrag zur Kenntniss der Knochenblasen in der mittleren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. Heft 3. S. 382. 1901.*

S. berichtet über 3 Fälle, in denen blasenartige Auftreibungen der mittleren Muschel entfernt und mikroskopisch untersucht wurden. Er fand nichts von Reizungs- oder Degenerationserscheinungen, auch keine Andeutung dafür, dass die Knochenblasen durch Einrollen der mittleren Muschel entstanden seien. Er hält dieselben vielmehr für eine congenitale Missbildung: Siebbeinzellen haben den Platz der mittleren Muschel eingenommen. Nicht richtig ist nach S., was vielfach angenommen wird, dass entzündliche Processe das Wachsthum dieser Knochenblasen hervorgerufen haben, sondern die Blasen bestehen seit langem in gleicher Grösse, rufen aber bei hinzutretender Rhinitis erst Obstructionssymptome hervor und kommen dadurch zur Beobachtung.

F. KLEMPERER.

33) **Johann Fein** (Wien). **Zur Resection der unteren Nasenmuschel.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 18. 1901.*

Unter Bezugnahme auf einen Vortrag von Kuttner in der Berliner Laryngologischen Gesellschaft empfiehlt Verf. eine von ihm angegebene Doppelscheere für das hintere Ende der zu resecirenden Muschel. SALOMON (ZARNIKO).

34) **D. G. Gebb. Wishart. Die Behandlung hypertrophischer Muscheln. (The reduction of turbinal hypertrophies.)** *Canadian Practitioner and Review. Juli 1901.*

Hypertrophische Muscheln haben stets Neigung zu Recidiven, und es soll dem nicht durch eine die Respirationswege gefährdende Zerstörung der Muschel begegnet werden, sondern die Kranken müssen angewiesen werden, dass sie sich alle 6 Monate oder spätestens alle Jahr einmal zur Untersuchung und Behandlung einfinden. EMIL MAYER.

35) **W. Lublinski** (Berlin). **Zur Behandlung der geschwollenen unteren Nasenmuschel bei Rhinitis vasomotoria.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 52. 1901.*

Verf. empfiehlt zur Behandlung des Leidens, welches auf einer Ueberfüllung der cavernösen Räume beruht, neben Allgemeinbehandlung (Eisen, Arsen) Massage mit Mentholparaffin und in schweren Fällen submucöse Injection einer 10proc. Chlorzinklösung in die Muschel. SALOMON (ZARNIKO).

36) **Wróblewski. Die Resection der unteren Nasenmuschel. (Rezekcya muszli dolnej.)** *Gazet. lek. No. 49. 1901.*

Die Resection der unteren Nasenmuschel wird vom Verfasser mittels der Heymann'schen oder Schoetz'schen Scheere ausgeführt. Dies Verfahren ist nach Verfasser viel vortheilhafter als Abtragung der Muschel durch galvanokaustische Schlinge. A. v. SOKOLOWSKI.

37) **Daubret. Ueber congenitale Obliteration der Choanen. (Sur l'oblitération congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Verfasser hält diese Affection für häufiger als allgemein angenommen wird und ist der Ansicht, dass viele Todesfälle durch Asphyxie oder Inanition bei Neugeborenen auf diese Ursachen zurückzuführen sind. Andererseits entgehen häufig Fälle von einseitiger Verschliessung der Operation. Befriedigende ätiologische Erklärungen dafür sind bisher nicht vorhanden; die Symptome sind dieselben wie bei Verstopfung der Nase. Die Prognose ist nur bei Neugeborenen schlecht; die Behandlung hängt von der Resistenz des verschliessenden Hindernisses ab. Ist dasselbe membranös, so braucht blos galvanocauterisirt zu werden, ist adsselbe knöchern, so muss es mit dem elektrischen Bohrer zerstört werden. Eine Zeit lang nach der Operation muss das Orificium durch eingelegte Sonden dilatirt werden.

A. CARTAZ.

38) **Broeckaert. Nasenprothese vermittelst Injectionen von festem Paraffin nach Eckstein. (Prothèse nasale au moyen d'injections de Paraffine solide d'après le Procédé d'Eckstein.)** *Annal. de la Soc. de Méd. de Gand. 1901. Dernier Fasc.*

B. theilt 4 Fälle mit, bei welchen er vermittelst der Eckstein'schen

Paraffininjectionen Nasendifformitäten mit Erfolg beseitigt hat. Mit Ausnahme eines leichten collateralen Oedems, Folge von Compression der Lymphgefässe, waren die Injectionen von keinerlei Uebelständen begleitet und glaubt sich B. berechtigt der Gersuny-Eckstein'schen Methode einen bleibenden Erfolg voraussagen zu dürfen.

BAYER.

39) **J. K. Hamilton** (Adelaide, S.-Australien). **Zwei Fälle von Gersuny'scher subcutaner Paraffin-Vaseline-Prothese der Nase. (Two cases of Gersuny's subcutaneous paraffine and vaseline prothese of the nose.)** *Australasian Medical Gazette. 21. October 1901.*

Verfasser berichtet über zwei Fälle von Sattelnase, bei denen subcutane Injectionen einer sterilen Paraffin-Vaseline-Mischung mit völligem Erfolg zur Hebung der Deformität ausgeführt wurden.

A. T. BRADY.

40) **J. K. Hamilton. Ein therapeutischer Eingriff zur Hebung eines eingesunkenen Nasenrückens. (A remed for sunken bridge of nose.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1901.*

Es handelt sich um eine Frau mit atrophischer Rhinitis, die seit zwei Jahren in der Nase eine Silberplatte trug zur Stütze des eingesunkenen Nasenrückens. Es wurde nunmehr eine Paraffin-Vaseline-Injection zwischen die Platte und die Haut ausgeführt mit einem kosmetischen Erfolg, der nichts zu wünschen übrig liess.

A. T. BRADY.

41) **Albert C. Heath. Behandlung von Nasendeformitäten mit Gersuny'schen Paraffin-Prothesen. (Nasal deformity corrected by Gersuny's paraffin Prothesis.)** *American Medicine. 7. December 1901.*

Das benutzte Paraffin hat einen Schmelzpunkt von 37° C. Es wurde unter aseptischen Cautelen in flüssigem Zustand möglichst nahe an der Schmelzpunkttemperatur injicirt. Zu Injectionen eignet sich eine Serumspritze mit dicker Injectionsnadel besser als irgend ein anderes Instrument. Die Nadel wurde etwas unterhalb der Mitte zwischen den Augenbrauen eingestossen und subcutan bis zu der Depression hin geführt. Dann wird die Injection unter allmäligem Zurückziehen der Nadel ausgeführt. Unmittelbar darnach wird durch Einführung des kleinen Fingers in jedes der beiden Nasenlöcher einer zu starken Hervorwölbung der Injectionsmasse in die Nasenhöhle entgegengearbeitet. bis das Paraffin in seiner neuen Lage erstarrt ist.

EMIL MAYER.

42) **Albert Stein** (Berlin). **Ueber subcutane Paraffin-Prothesen.** *Berliner klin Wochenschr. No. 32. 1901.*

Demonstration in der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 24. Juli 1901 einer durch Paraffin-Injection zur normalen Form zurückgebrachten Sattelnase.

(SALOMON) ZARNIKO.

43) **Albert E. Stein** (Berlin). **Ueber die Erzeugung subcutaner Paraffin-Prothesen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39/40. 1901.*

Bevor Verf. die von Gersuny erdachte Methode der Erzeugung subcutaner

Paraffinprothesen in Anwendung brachte, überzeugte er sich durch Thierversuche von der absoluten Ungiftigkeit des Paraffins für den thierischen Organismus. Die Gefahr einer Embolie bei zufälligem Eindringen der Injectionsnadel in eine Vene ist zuzugeben, bei richtiger Ausübung der Injection aber so äusserst gering, dass sie vernachlässigt werden kann.

Als bestes Injectionsmaterial hat Verf. Paraffin vom Schmelzpunkt 42-43 ° C. erprobt, dass durch halbstündiges Erhitzen auf 200 ° C. sterilisirt wird (fertig zu haben beim Apotheker Dr. Brettschneider, Berlin N., Oranienburgerstrasse 37). Die Injectionsspritze ist aus Glas, mit gläsernem Kolben und anschraubbarer Canüle (Lütgenau u. Co., Berlin).

Nach Schilderung der Technik giebt Verf. drei durch Abbildungen erläuterte Krankengeschichten: 1. und 2. Aufrichtung von Sattelnasen; 3. Verschluss einer nach Gaumenspaltenoperation zurückgebliebenen Gaumenöffnung.

ZARNIKO.

44) **A. E. Stein** (Berlin). **Paraffin-Prothesen der Nase.** *Zahnärztl. Rundschau. 1901.*

Versuche an Thieren hatten die Ungiftigkeit des Paraffin ergeben; auch konnte in der Gefahr einer Embolie eine Contraindication zur Vornahme einer Paraffininjection nicht gefunden werden. Eine Resorption des Paraffins scheint nicht einzutreten. Der Schmelzpunkt desselben liegt am besten zwischen 42 und 43 ° C. Nach wenigen Tagen schwinden die gewöhnlich bald auftretenden reactiven, objectiven und subjectiven Erscheinungen — Röthung in der Umgebung, ödematöse Schwellung, Spannung, Schmerzen. Die Anfangs sich weich anfühlende injicirte Masse erreicht nach wenigen Wochen Knorpelconsistenz, um in diesem Stadium zu verharren.

Verwendung findet die Methode bei Caries oder operativer Entfernung der Körperoberfläche naheliegender Knochen — Nasenbeine, Ober- und Unterkiefer, Jochbein u. s. w. zur Verkleinerung natürlicher Oeffnungen — Gaumendefecte u. a. — und aus ästhetischen Rücksichten — Nasencorrection.

Das sterilisirte Paraffin wird mittelst einer 1 g haltenden Spritze injicirt, deren Kolben aus Glas besteht und deren die Canüle tragendes Ansatzstück an sie angeschraubt ist. Die Canüle wird ebenfalls angeschraubt. Um das Erstarren des aufgezogenen Paraffins zu verhindern, wird die gebrauchsfertige Spritze, mit Ausnahme des oberen Endes, auf einige Augenblicke in heisses Wasser zurückgebracht.

In die aseptisch vorbereitete aufgehobene Hautfalte wird nun das Paraffin eingespritzt und die Stichöffnung mit Zinkpflaster bedeckt. Inzwischen hat ein Assistent einen Strahl von Chloräthyl auf die Hautfalte einwirken lassen und es erfolgt nun eine etwa nothwendige Formung des Paraffindepots.

St. beschreibt dann einen Fall von Correctur einer luetisch-traumatischen Sattelnase, einer Nase mit Caries des Sept. oss. et cartilag. und einen solchen von Verschluss einer nach Operation eines Wolfrachens zurückgebliebenen Gaumenspalte.

A. ROSENBERG.

45) **Harrison Smith. Correction der Sattelnase durch subcutane Paraffin-Injectionen. (Correction of saddleback nose by subcutaneous injection of Paraffin.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Es wurde ein Paraffin mit dem Schmelzpunkt von 43° C. verwandt. Nach der Sterilisation wurde es wieder flüssig gemacht, die Luftblasen daraus entfernt, sodann mit einer Aspirationsspritze aufgesogen, die eine möglichst weite Nadel hatte, in heisses steriles Wasser getaucht und dann schnell injicirt. Die Spitze der Nadel wurde im Gewebe bis zu dem Punkte der grössten Deformität hin vorgeschoben. Das Paraffin blieb ungefähr noch eine halbe Minute formbar und konnte während dieser Zeit in der gewünschten Form modellirt werden.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

46) **J. Heller** (Berlin). **Die klinische Bedeutung der glatten Atrophie des Zungengrundes (Virchow).** *Deutsche med. Presse. No. 19. 1901.*

Auf Grund seiner früheren und neuerlichen Untersuchungen spricht sich H. dahin aus, das die glatte Atrophie des Zungengrundes ein postsyphilitisches Symptom ist, dessen klinische Constatirung mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit für die Diagnose Syphilis spricht.

Als einziges Symptom gefunden erlaubt es noch keine Sicherheit der Diagnose, unterstützt aber sehr die Bedeutung anderer objectiver und anamnestischer pathologischer Momente.

Das Fehlen der glatten Atrophie, das Vorhandensein eines normalen Zungengrundes beweist diagnostisch garnichts, spricht vor Allem nicht gegen die Diagnose Syphilis.

Nur sehr ausgesprochene, sogenannte totale Atrophie ist ein pathognomonisches Symptom. Erst eine gewisse Uebung ermöglicht die exacte Feststellung des Symptoms.

A. ROSENBERG.

47) **M. Heyn. Zungentuberculose. (Tuberculose de la langue.)** *La Clinique. No. 10. 1901.*

In der Sitzung der Brüsseler anatom. patholog. Gesellschaft vom 21. Januar 1901 theilt M. H. einen Fall von Zungentuberculose bei einem 67jährigen Mann mit; dieselbe stellte sich als isolirter, interstitieller Knoten von Haselnussgrösse dar, die ganze Dicke der Zunge einnehmend; Induration der Unterkieferlymphdrüsen; Exstirpation mit dem Ecraseur. Es gelang nicht Tuberkelbacillen nachzuweisen, wohl aber Riesenzellen; auch der sonstige Befund liess auf Zungentuberculose schliessen.

BAYER.

48) **A. Fournier** (Paris). **Syphilitische Glossitis. (Glossito syphilitique.)** *Société francaise de dérmatologie et de syphiligraphie. 7. Juni 1901.*

Es handelt sich um einen Kranken, der seit 28 Jahren syphilitisch ist und an einer ringförmigen Glossitis dipapillans leidet, die ziemlich oberflächlich verläuft und deshalb eine secundäre Entstehung vortäuscht. Diese Affection hat

nichts Typisches in ihrem zeitlichen Auftreten und kann in jeder Periode der Infection entstehen.

PAUL RAUGÉ.

49) **Bockhart** (Wiesbaden). **Ueber die Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis.** *Monatsh. f. pract. Dermat. XXXIV. 4. 1902.*

Zur Behandlung der Leukoplakie empfiehlt Bockhart wiederholte Ausspülungen (6—12 mal pro die) des Mundes mit $^1/_2$—3 proc. Kochsalzlösung. Bei Rhagadenbildung werden Aetzungen mit Resorcinpaste oder mit 50 proc. (resp. concentrirter) Milchsäure vorgenommen, jedoch soll man nie so stark ätzen, dass die Schleimhaut irritirt wird.

SEIFERT.

50) **Gérard-Marchand. Lipom der Zunge. (Lipome de la langue.)** *Société de chirurgie. 27. Februar 1901.*

Demonstration eines durch Verfasser entfernten Lipomes der Zunge, das durch falsche Fluctuation eine Hydatidencyste vorgetäuscht hat.

PAUL RAUGÉ.

51) **Piollet. Zungenepitheliom bei einer Frau. (Epithélioma de la langue chez une femme.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 27. März 1901.*

Diese Affection ist bei Frauen sehr selten, was den Fall interessant macht.

PAUL RAUGÉ.

52) **H. M. Fletcher. Die Zunge als Brutstätte für Bakterien. (The tongue as a breeding place for bacteria.)** *N. Y. Medical Record. 27. Juli 1901.*

Betrachtung über die verschiedenen Bedingungen, welche die Entwickelung der Bakterien auf der Zunge und in der Mundhöhle begünstigen, sowie über zweckmässige Behandlung derartiger Zustände durch Bürsten mit schwach alkalischen Lösungen.

LEFFERTS.

53) **Guillain. Hemiatrophie der Zunge. (Hémiatrophie de la langue.)** *Société de neurologie. 4. Juli 1901.*

Es handelt sich um eine einseitige Paralyse des Nervus hypoglossus, im Anschluss an eine peripherische Neuritis. Dabei bestand keine weitere Anomalie im Gebiet der Hirnnerven.

PAUL RAUGÉ.

54) **W. Freudenthal. Ein bemerkenswerther Fall von Glosso-pharyngo-labialer Lähmung bei Aneurysma aortae. (On a remarkable case of glosso-pharyngo-labial paralysis, complicated with Aneurism of the Aorta.)** *Laryngoscope. April 1901.*

Bei einem 61 jährigen Mann bestand eine glosso-pharyngo-labiale Lähmung bei verminderter Beweglichkeit des rechten Stimmbandes, aber ohne Cadaverstellung des linken. Daraufhin wurden die Brustorgane untersucht und ein ausgesprochenes Aneurysma aortae als Ursache der Erscheinungen gefunden.

EMIL MAYER.

55) **L. Réthi. Ueber die Innervation der Drüsen des weichen Gaumens.** (Verhandlungen der morph.-physiol. Gesellschaft zu Wien. Sitzung vom 18. Juni 1901.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 45. 1901.*

Als vorläufiges Ergebniss der experimentellen Untersuchungen theilt R. mit,

dass sowohl durch den Halssympathicus wie auch durch den Stamm des Nervus facialis echte Secretionsfasern für die Drüsen des weichen Gaumens derselben Körperseite verlaufen.

CHIARI.

56) **J. S. Stone. Gespaltener Gaumen. (Cleft palate.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 14. November 1901.*

Nach der grossen Zahl der von Woelff berichteten Fälle zu urtheilen, verspricht eine gründliche frühzeitige Operation, etappenweise ausgeführt, mit geringer Verstümmelung und vorsichtiger Verhütung von Blutverlusten den besten Erfolg. In den meisten Fällen jedoch erscheint irgend welches operative Vorgehen am Gaumen unzweckmässig, da sich die Gaumenspalte von selbst zu verkleinern strebt, besonders nach Vereinigung einer gleichzeitigen Hasenscharte. Man räth gewöhnlich, dass vor der Operation hypertrophische Tonsillen und adenoide Wucherungen, die häufig gleichzeitig bestehen, erst entfernt werden. Es ist aber unzweckmässig, Gewebe, das die hintere Pharynxwand nach vorne drängt, zu entfernen und dadurch einen Raum zu schaffen, den ein an sich schon mangelhaftes Gaumensegel nun noch ausserdem zu verschliessen hat. Der Raum, den adenoide Wucherungen einnehmen, ist so ansehnlich, dass sogar nach Entfernung derselben ein normaler Gaumen häufig nur unvollständig den Nasenrachenraum abzuschliessen vermag.

EMIL MAYER.

57) **W. I. Dudley. Papillomatöse Geschwülste das weichen Gaumens. (Papillomatous growths of the soft palate.)** *Laryngoscope. August 1901.*

Es handelt sich um einen 71jährigen Mann, bei dem drei derartige Geschwülste von der Vorderfläche des weichen Gaumens entsprangen.

EMIL MAYER.

58) **v. Eiselsberg** (Königsberg). **Zur Technik der Uranoplastik.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 64. Bd. 3. Heft. 1901.*

In Fällen, in denen anderweitige Methoden nicht ausreichten, benutzte v. Eiselsberg zur Deckung einer Gaumenspalte einen gestielten Lappen aus dem Vorderarm, oder machte Verschluss des Uranocoloboma anticum duplex durch frontale Abspaltung des mucösen Ueberzuges des Zwischenkiefers und Hinaufklappen dieses abgespaltenen Lappens oder verschloss die vordere Hälfte sehr weiter einseitiger Uranoschismen durch einen Lappen aus dem Vomer. Eine andere Methode ist die, das Uranocoloboma anticum durch Einpflanzung des kleinen Fingers zu behandeln, welcher gleichzeitig die eingesunkene Nase heben sollte.

SEIFERT.

59) **Seymour Oppenheimer. Traumatische Affectionen der Uvula. (Traumatic affections of the uvula.)** *Annals of Otology and Rhinology. August 1901. Journal American Medical Association. 7. September 1901.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

60) **W. E. Haddon. Mechanische Constriction der Uvula. (Mechanical constriction of the uvula.)** *N. Y. Medical Record. 7. September 1901.*

Es handelt sich um einen Fall, in welchem eine Constriction der Uvula

durch das Verschlucken eines Brotbissens verursacht war. Die Erscheinungen bestanden in Würgen und Brechen, und es wurde erst durch Resection der geschwollenen Theile mit der Scheere Erleichterung geschaffen. LEFFERTS.

61) **Pinatelle. Epitheliom des Zäpfchens. (Epithéliome de la luette.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 13. März 1901.*

Epitheliomartige Ulcerationen an der Spitze und dem linken Rand des Zäpfchens ohne Betheiligung des Gaumensegels oder der Gaumenbögen. Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen. PAUL RAUGÉ.

62) **Seymour Oppenheimer. Ein Fall von primärem Epitheliom der Uvula. (A case of primary epitheliom of the uvula.)** *N. Y. Medical Record. 10. August 1901.*

Mittheilung eines Falles von primärem Epitheliom der Uvula, eine Erkrankung, die sehr selten vorkommt und bei zeitiger operativer Behandlung wenigstens für eine Zeit lang gute Resultate giebt. LEFFERTS.

63) **S. Solis-Cohen. Acutes Oedem des Zäpfchens, des Gaumens, des Rachens und der Epiglottis nach ausgedehnter Anwendung von mit Chloreton versetztem Nebennierenextract. (Acute edema of the uvula, palate, pharynx and epiglottis, following the excessive application of adrenal solution preserved with Chloretone.)** *N. Y. Medical News. 5. October 1901.*

Verfasser ist der Meinung, dass der obige Zustand durch die Wirkung einer zu grossen Dose von Nebennierenextract auf die Blutgefässe und vielleicht auch mit durch die Nebenwirkung des Chloretons verursacht worden sei.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

64) **E. J. Buning** (Winschoten). **Die Diphtherie-Krankheit, das Wesen, die Ursache und die Behandlung.** *Haarlem. 1901.*

Kritische Besprechung der Diphtherie-Frage, welche in der Behauptung gipfelt, dass die Bedeutung des Löffler'schen Bacillus für die Aetiologie der Rachen-Diphtherie vorläufig noch ganz unsicher ist. Ebensowenig seien die bisherigen Kenntnisse und Erfahrungen ausreichend, um den Werth des Heilserums zu bestätigen. H. BURGER.

65) **G. T. Maguire. Kurzer Bericht über einen tödtlichen Fall von Kehlkopfdiphtherie bei Masern. (A short account of a fatal case of laryngeal diphtheria complicating measles.)** *N. Y. Medical Journal. 6. April 1901.*

Verfasser berichtet über ein 18 monatliches masernkrankes Kind, bei dem sich plötzlich eine Larynxstenose mit Erstickungsanfällen einstellte. Erfolglose Tracheotomie. Membranen konnten in vivo nicht gesehen werden. Bei der Autopsie fand sich der Larynx fast völlig durch dicke diphtherische Membranen verlegt.

LEFFERTS.



66) **E. Spencer. Primäre Larynxdiphtherie. (Primar laryngeal diphtheria.)** *Lancet. 4. Mai 1901.*

Ein 14jähriger Knabe zog sich Erkältung und Heiserkeit zu, bald darnaeh entwickelte sich Dyspnoe und Cyanose, Röthung des Pharynx und Membranenbildung in Larynx und Trachea. Injection von Antitoxin und Heilung.

A. BRONNER.

67) **F. F. Waxham. Intubation des Larynx, mit persönlichen Reminiscenzen. (Intubation of the larynx, with personal reminiscences.)** *Journal American Medical Journal. 20. April 1901.*

Unter den ersten 100 Fällen des Autors waren nur 27 Heilungen, unter den zweiten Hundert 34, unter den dritten 40, unter den vierten 38, unter den fünften 39, dagegen hatte er unter seinen letzten 70 Operationen, in Verbindung mit Antitoxintherapie, nur 4 Todesfälle, d. h. eine Mortalitat von weniger als 6pCt. bei einer Krankheit, die früher mehr als alle anderen gefürchtet war. Daher hält sich Verf. für berechtigt, nachdrücklichst zu betonen, dass jeder Arzt, der sich bei der Behandlung der Diphtherie des Heilserums nicht bedient, sich eines Kunstfehlers schuldig macht, und derjenige, der sich offenkundig gegen seine Anwendung ausspricht, als gefährlich für die Gesellschaft betrachtet werden müsse.

EMIL MAYER.

68) **C. M. Sebastian. Antitoxin-Diphtherie und Streptococcus. (Antitoxin-Diphtheria and streptococcus.)** *Memphis Med. Monthly. April 1901.*

Günstige Beurtheilung der Antitoxinwirkung. EMIL MAYER.

69) **T. Broadway. Ueber die Anwendung von Diphtherieserum. (On the uses of diphtheria antitoxin.)** *Lancet. 4. Mai 1901.*

Verfasser hat 30 Fälle mit Antitoxin behandelt und dabei einen Todesfall durch Herzlähmung gesehen. Von 6 weiteren Patienten, die ohne Antitoxin behandelt wurden, starben zwei und bei zweien entwickelten sich Lähmungen. Ausführliche Beschreibung einiger Fälle. A. BRONNER.

70) **W. Putawski. Die Serumbehandlung der Diphtherie. (Leczenie btonicy surowica swoista.)** *Gazeta lekarska. No. 21. 1901.*

Im Laufe des Jahres 1900 wendete Verfasser die Serum-Behandlung in 80 Fällen von Diphtherie, und zwar bei Angina diphtherica in 41, bei Laryngitis diphtherica in 16 und bei Angina mit Laryngitis in 23 Fällen an. Von der Gesammtzahl der behandelten Kranken starben 4 resp. 5 pCt. A. v. SOKOLOWSKI

71) **Chantemesse** (Paris). **Ueber den Werth des Antidiphtherieserums. (Sur la valeur du serum antidiphtérique.)** *Société médicale de Hopitaux. 17. Mai 1901.*

Verfasser befürwortet frühzeitige Anwendung des Diphtherieserums, selbst in klinisch und kulturell noch unsicheren Fällen. PAUL BAUGÉ.

72) A. **Martinez Vargas** (Barcelona). **Ausbürstung der Bronchien und Vortheile der Tracheotomie gegenüber der Intubation in der mit Pneumonie complicirten Bräune. (Escobilladura bronquial y ventaja de la traqueotomie sobre la intubacion en el garrotillo complicado con pneumonia.)** *La Medicina de los Uinos. tro Enero 1900.*

Im Anschluss an zwei von dem Verf. erwähnte Fälle spricht sich derselbe bei der mit Pneumonie complicirten Bräune mehr für die Tracheotomie aus, welche gestattet, durch die Trachealwunde bis zu gewisser Tiefe eine Gummisonde oder ein Bürstchen einzuführen, und auf diese Weise die Entleerung der tracheobronchialen Exsudate zu erleichtern.

R. BOTEY.

73) **Edwin Rosenthal. Prolongirte Intubation. (Prolonged Intubation.)** *American Medicine. 4. Mai 1901.*

Verfasser resumirt dahin, dass man es sich zur Regel machen soll, die Tube nach 5 Tagen zu entfernen, wenn sie nicht schon vorher expectorirt worden ist und dann nicht mehr länger nöthig war. Alle Fälle, in denen die Tube länger als 5 Tage liegen bleiben muss, sind als prolongirte Intubation zu bezeichnen. Die Behandlung besteht in grossen Dosen von Strychnin und in regelmässiger Reintubation und Extubation, täglich oder jeden zweiten Tag mit immer grösseren Tuben, bis dieselben überhaupt nicht mehr nöthig sind.

EMIL MAYER.

74) **Sejzerowin. Intubation oder Tracheotomie? (Intubacya czy tracheothomya?)** *Kronika lekarska. No. 10. 1901.*

Verfasser betont die Wichtigkeit der Intubation und deren Vorzug vor der Tracheotomie, glaubt aber, dass man zwischen beiden Methoden keine absolute Parallele durchführen kann, da die Intubation in gewissen Fällen durch die Tracheotomie ersetzt werden muss.

A. v. SOKOLOWSKI.

75) **B. Nodzynski. Die Intubation in den Händen des Provinzial-Arztes. (Intubacya w rekach prowincyo-nalnego lekarza.)** *Przeglad lek. No. 50. 1901.*

Die Intubation wurde vom Verfasser beim Larynxcroup in seinem Krankenhause in Bochnia in 25 Fällen bei 25 Kranken ausgeführt, und zwar im Alter von $1^1/_2$—12 Jahren bei 14 Knaben und 11 Mädchen. Von den Kranken starben nur 5, also 20 pCt. Der Verf. lässt aus Ueberzeugung den Tubus 48 Stunden im Halse liegen, wobei es nur in 5 Fällen vorkam, dass man den Extubator gebrauchen musste, infolge des Zerbeissens der Fäden. Falls man die Intubation nicht anwenden kann, so hatte Verfasser das Serum, dem Kinde innerlich gegeben, manchmal gut wirken sehen.

A. v. SOKOLOWSKI.

76) **Seitz** (Zürich). **Colidiphtherie.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 7. 1901.*

Bei einer 58jährigen Dame trat unter Fiebererscheinung bis 39⁰ ein fibrinöser der Diphtherie verdächtiger Tonsillenbelag auf, welcher keine Diphtheriebacillen, sondern wesentlich nur das Bact. coli commune ergab. Am Schluss des 3. Krankheitstages trat wahrscheinlich in Folge von Herzlähmung der Tod ein. Für Wunddiphtherie sei das Bact. coli schon als Agens nachgewiesen worden, nicht aber für den Rachen. Die Nähe eines Abortes ist Verf. causal verdächtig. Gelegent-



lich könne auch an Stelle der Einwanderung von aussen eine Umwandlung gewöhnlicher Einwohner des Menschenleibes in pathogenen Zustand angenommen werden.

JONQUIÈRE.

77) **Ch. Cary** und **J. Ph. Syon. Pseudo-membranöse Entzündung der Schleimhäute durch Pneumokokken verursacht. (Pseudomembranous inflammation of the mocous membranes caused by the pneumococcus.)** *American Journal Medical Sciences. September 1901.*

Der Fall ist bemerkenswerth dadurch, dass die Erkrankung und Verlauf einer acuten lobären Pneumonie bei einem 11jährigen Knaben in Form einer pseudomembranösen Exsudation auf fast allen Schleimhäuten am ganzen Körper, die auf Pneumokokkeninfection zurückzuführen war, auftrat.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **R. du Bois-Reymond** und **J. Katzenstein. Beobachtungen über die Coordination der Athembewegungen.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. 1901. 5/6. S. 513.*

Die Verff. erhalten eine coordinirte Athembewegung, d. h. Inspirationsstellung des Thorax, Contraction des Zwerchfells, Erweiterung der Glottis, wenn sie während der Apnoe eine Stelle der Rautengrube des Hundes, die zwischen dem hinteren Rande des Calamus scriptorius und einem Gebiete, das nach vorn und aussen in der Ala cinerea liegt, electrisch reizen. Die Verff. sind der Ansicht, dass sie hier einen Centralapparat gereizt haben und betrachten auf Grund dieser Ansicht den geschilderten Versuch als einen Beweis für die Existenz eines coordinirten Athemcentrums in der Medulla oblongata.

Die Verff. zeigen ferner, dass Reflexe zwischen den Theilen des Nervmuskelapparates bestehen, welche im Stande sind, die Coordination der Athembewegung zu unterstützen. Sie stellten fest, dass künstliche Athmung Bewegung der Stimmlippen verursacht und dass diese Bewegung vermittelt wird durch Sensationen des Lagesinnes des Thorax und zwar derart, dass Compression des Thorax Schliessbewegung, Dilatation des Brustkorbes Oeffnungsbewegung der Stimmlippen erzeugt. Der Vagus ist an der Leitung der sensiblen Impulse, welche diesen Reflex auslösen, nicht betheiligt, diese verlaufen vielmehr auf spinalen Bahnen.

Weiterhin suchten die Verff. festzustellen, ob die Bewegungen des Zwerchfells, die man durch Reizung des Phrenicus erhält, ähnliche Wirkungen auf die Innervation des Kehlkopfs ausübten. Sie fanden, dass bei tetanischer Reizung eines oder beider Phrenici auch die Stimmlippen bewegt und zwar adducirt werden. Die Bewegungen des Kehlkopfes bei Reizung des Phrenicus sind als Reflexe zu betrachten, die durch die Einwirkung der Zwerchfellbewegung auf die sensiblen Endausbreitungen des Vagus in der Lunge hervorgerufen werden, und deren sensible Bahn im Vagus verläuft. Es handelt sich also hier um einen Reflex, der den von Hering und Breuer entdeckten Selbststeuerungsreflexen analog ist.

Endlich machen die Verff. Mittheilungen über die Wirkung der electrischen Reizung der Rautengrube auf die Glottis und kommen wie Kuttner und Katzenstein zu dem Schlusse, dass die Adductoren der Stimmlippen activ beim Ex-

spirium thätig sind und weiterhin, dass sie unter gewissen Bedingungen sogar bei dem Inspirium die Wirkung der Abductoren der Stimmlippen compensiren können.

J. KATZENSTEIN.

79) Saloi. **Ueber einige Kehlkopfanomalien bei Verbrechern. (Di alcune anomalie della larynx umano in individni delinquenti.)** *1 Taf. u. 4 Fig. Arch. di Psch. Sc. penali ed Anthropol. crim. Vol. 22. Fasc. 4/5. p. 369—378.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

80) **W. B. Benham. Ueber den Kehikopf gewisser Walfische. (On the larynx of certain Whales, Cogia, Balaenoptera and Ziphius.)** *4 Taf. Proc. Zool. Soc. London. Vol. 1. Part. 2. p. 278.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN,

81) **G. B. Wood. Blutungen aus einem anscheinend gesunden Kehlkopf. (Laryngeal hemorrhage from ad apparently normal larynx.)** *The American Journal of the Medical Sciences. Mai 1901. N. Y. Medical Record. 1. Juni 1901.*

Blutungen aus dem Kehlkopf sind aussergewöhnlich selten, und Verfasser konnte aus der Literatur nur 6 Fälle zusammenstellen. Er fügte einen eigenen Fall hinzu, bei dem im Verlauf von 18 Monaten 3 mal Blutungen auftraten, die gerade unter der vorderen Commissur entsprangen. Es ist in diesem Fall an die Möglichkeit zu denken, dass ein kleiner tuberculöser Herd in der Lunge bestand, der wenig progredient, aber so gelegen war, dass er die Ruptur eines kleinen Blutgefässes herbeizuführen vermochte. Hingegen erscheint die Annahme einer Tuberkulose wenig gerechtfertigt aus folgenden Gründen:

1. Es bestanden keine Symptome von tuberkulöser Erkrankung.
2. Das Blut, das in der Trachea zum Vorschein kam, lief deutlich nach abwärts als schmaler Streifen an der vorderen Wand, und nicht nach aufwärts.
3. Das Blut wurde leicht und ohne Husten herausbefördert.
4. Die Quelle der Blutung wurde beim letzten Mal gerade unter der vorderen Commissur gefunden; bei ihrem ersten Auftreten war sie am vorderen Ende des linken Stimmbandes.
5. Die Blutung wurde temporär durch Localanwendung von Nebennierenextract gestillt.

EMIL MAYER.

82) **A. Hirschmann. Pathologisch-anatomische Studien über acute und chronische Laryngitis nicht specifischen Ursprungs, nebst Bemerkungen über Vorkommen von Plasma- und Mastzellen.** *Virchow's Archiv. Bd. 164. S. 541. 1901.*

H. untersuchte 25 Kehlköpfe, von denen einer einem Fall von Influenzapneumonie entstammte und acute Laryngitis darbot, die anderen 24 chronische Laryngitis zeigten. Seine Untersuchungen erstrecken sich auf 1. die Veränderungen des Epithels, 2. das Verhalten der Membrana propria und zwar a) die kleinzellige Infiltration, b) die Drüsen und 3) das Vorkommen von Plasma- und Mastzellen. Die Reichhaltigkeit der sehr eingehenden und genauen Studie, die jeder auf diesem Gebiete Interessirte im Original wird lesen müssen, eignet sich nicht zur Wieder-

gabe im Referat. Hervorgehoben sei aus den Angaben H.'s nur, dass das Plattenepithel unter dem Einfluss der acuten und chronischen Entzündung eine Vermehrung der Zellen erfährt, welche die verschiedensten Grade erreicht, dass das Cylinderepithel sehr rasch, auch bei Entzündungen leichteren Grades, die Flimmerhaare einbüsst, dass es ebenfalls Proliferation zeigt, wenn auch nicht so stark wie das Plattenepithel, dass es leicht abgelöst und abgestossen wird oder aber in Plattenepithel sich umwandelt. Das letztere ist besonders am Taschenband sehr bemerkenswerth, welches normalerweise Cylinderepithel, bei vorhandener Entzündung sehr gewöhnlich Plattenepithel zeigt. — Plasmazellen fand H. weder im normalen, noch im entzündeten Kehlkopf. Mastzellen dagegen waren stets zu constatiren, reichlich bei den rein entzündlichen Processen, spärlich bei Stauungskatarrhen. Dass die Mastzellen Leukocyten sind und dem Blute entstammen, konnte H. direct nachweisen, indem er eine Mastzelle beim Durchtritt durch die Capillarwand, halb ausserhalb derselben, halb noch im Gefässlumen steckend, beobachtete.

In einem letzten, für den practischen Laryngologen besonders interessanten Capitel bespricht H. die Bedeutung der ermittelten mikroskopischen Befunde für die Erklärung einiger makroskopischer Bilder. F. KLEMPERER.

83) **Stella. Acute entzündliche Laryngitis mit Larynxödem oder Larynxabscess. (Laryngite aiguë inflammatoire avec Oedéme ou Abcès du Larynx.)** *Annal. de la Soc. de Méd. de Gand. V. Fasc. 1901.*

Der Autor theilt 3 Fälle von acuter Laryngitis inflammat. mit.

Der 1. Fall betrifft eine 63jährige Frau mit acutem Larynxödem und Larynxabscess oberhalb der Glottis; Tracheotomie; septische Pneumonie, Tod.

Der 2. Fall, ein 3jähriges Kind mit langdauernder Laryngitis stridulosa und subglottischem Abscess; Tracheotomie. Heilung.

Der 3. Fall, eine 32jährige Frau mit Larynxödem im Gefolge von Grippe; Tracheotomie. Heilung.

Der Autor empfiehlt beim entzündlichen Oedem oberhalb der Glottis, ohne Fortpflanzung der Entzündung auf Stimmbänder und Trachea, die Intubation; bei Glottis- und subglottischem Oedem resp. Abscess die Tracheotomie.

BAYER.

84) **Ménétrie. Laryngitis phlegmonosa. (Laryngite phlegmoneuse.)** *Société médicale des Hôpitaux. 12. Juli 1901.*

Demonstration des Larynx von einem Kinde, das an phlegmonöser Laryngitis gestorben war. Pathogenetisch handelte es sich um den Enterococcus von Tiercelin. PAUL RAUGÉ.

85) **Joseph J. Gibb. Oedematöse Laryngitis, Mittheilungen einiger Fälle. (Edematous laryngitis; with report of cases.)** *Journal American Medical Association. 20. Juli 1901.*

Der Aetiologie nach stellt Verfasser verschiedene Typen von Erkrankung von idiopathischem Oedem des Larynx auf. 1. Solche, die auf einfacher Transsudation von Serum in die Submucosa beruhen. 2. Fälle von acuter katarrhalischer Laryngitis,

bei denen eine mehr weniger hochgradige Schwellung der Schleimhaut im Larynx besteht. 3. Sekundäre Erkrankungen im Anschluss an septische Processe, wie sie von manchen Autoren als zymotische beschrieben sind. 4. Oedematöse Laryngitis, wie sie bei Infectionskrankheiten auftritt, eine Form, die von der vorhergehenden schwer abzutrennen ist. Man könnte sie am besten als acutes, idiopathisches, infectiöses Oedem des Larynx bezeichnen, im Gegensatz zu der vorhergehenden Gruppe, bei der der Larynx nur secundär betheiligt ist.

EMIL MAYER.

86) **Glatzel** (Berlin). **Ein bemerkenswerther Fall von Influenza-Laryngitis.** (Aus der Klinik für Hals- und Nasenkranke der Charité.) *Berl. klin. Wochenschr. No. 11. 1901.*

Bei einem an Influenza erkrankten Pat. fanden sich auf den Taschenbändern die sonst häufiger auf den Stimmbändern beobachteten symmetrischen weissen Flecken, während die Stimmbänder frei blieben.

SALOMON (ZARNIKO.)

87) **Lublinski** (Berlin). **Zur Erkrankung des Kehlkopfes bei Influenza.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 17. 1901.*

Die Influenza-Laryngitis zeigt häufig Formen, die von der gewöhnlichen Laryngitis verschieden sind, so die Laryngitis haemorrhagica, subglottica (welch' letztere durch Oedem manchmal zu gefährlichen Zuständen führt); ferner die durch weisse Flecken auf den Stimmbändern charakterisirte Form. Auch Lähmungen im Kehlkopf sind nicht selten.

SALOMON (ZARNIKO).

88) **Tantussi. Ein Fall von Larynxphlegmone infolge Variola. (Un caso di flemmone laringeo da variolo.)** *Bollett. d. malatt. dell'orecchio etc. October 1901.*

Bei einem 18jährigen Pockenkranken trat im Verlauf der Erkrankung Larynxstenose auf; die Untersuchung ergab enorme Infiltration der Epiglottis und Ulceration, sowie Oedem der ary-epiglottischen Falten. Das Larynxinnere konnte man nicht sehen. Da die Asphyxie einen bedrohlichen Charakter annahm, schritt man zur Intubation und es entleerte sich durch die Tube eine grosse Menge (circa 70 ccm) mit Blut untermischten Eiters. Obwohl die Intubation zunächst günstigen Erfolg hatte, starb Patient nach 2 Tagen unter Erscheinungen von Lungenödem.

FINDER.

89) **Th. Meinhardt** (Stettin). **Ueber Geschwürsprocesse im Kehlkopf und Rachen.** *Wien. med. Blätter. No. 48. 1900.*

Für den Facharzt durchaus Bekanntes.

CHIARI.

90) **C. Plotz** (Prag). **Beiträge zur Casuistik des Typhus abdominalis.** *Wien. klinische Rundschau. No. 5. 1901.*

P. theilt u. A. einen Fall von Typhus mit, der mit starker Haemoptoe einherging. Bei der Obduction fand sich als Ursache der Blutung ein Larynxgeschwür links von der vorderen Commissur, welches zu Arrosion der Arteria laryngea super. sin. geführt hatte.

CHIARI.

91) **B. Tauber. Atrophische Laryngitis. (Atrophic laryngitis.)** *Laryngoscope. Juni 1901.*

Mittheilung eines Falles mit anschliessenden Betrachtungen über das wirksame ätiologische Moment der Erkrankung. EMIL MAYER.

92) **B. Jamber. Atrophische Laryngitis. (Atrophic laryngitis.)** *Oklahoma Medical Journal. September 1901.*

Diese Erkrankung wird besonders dann beobachtet, wenn eine Erkrankung des Pharynx in der Nase im gleichen Sinne besteht. EMIL MAYER.

93) **W. Freudenthal. Pachydermia laryngis. (Pachydermia of the larynx.)** *Laryngoscope. Juni 1901.*

Mittheilung eines Falles, bei dem die Diagnose per exclusionem gestellt wurde. EMIL MAYER.

94) **W. Lublinski** (Berlin). **Diffuses chronisches Hautödem mit Betheiligung des Kehlkopfes.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 49. 1900.*

52jährige Frau bemerkt Anschwellung zuerst unter den Augenlidern, die sich allmälig über die Kopfhaut bis zum Nacken und nach unten hin über das Gesicht, den Hals und den oberen Theil der Brust, die Vorderarme, Handrücken, Unterschenkel und Knöchel verbreitete. Dazu traten Athembeschwerden und Heiserkeit, die, wie die laryngoskopische Untersuchung lehrte, lediglich auf ödematöser Schwellung der Kehlkopfauskleidung beruhten. Urin eiweissfrei. Quincke's angioneurotisches Oedem, Nephritis, Myxödem, Sklerodermie waren auszuschliessen.

Arsen bewirkte keine Besserung. Unter der Anwendung von Thyreoidtabletten verschwand das Kehlkopfödem, besserten sich die Hautödeme.

ZARNIKO.

95) **H. B. Douglas. Die Behandlung von Entzündungen und Ulcerationen im Larynx. (A practitioner's treatment of inflammatory and ulcerative conditions of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juli 1901.*

Wenn es sich um möglichst schnelle Wiederherstellung der Stimme handelt, kommen hauptsächlich sechs therapeutische Momente in Betracht: 1. gleichmässige Temperatur bei Aufenthalt in gut ventilirtem Zimmer, 2. zweimal täglich Massage, 3. ausgiebige Darmentleerungen, 4. Schonung der Stimme, 5. Tartarus stibiatus stündlich in Dosen von 0,003 g bis zur Nausea, 6. Spray-Application von 6proc. Nebennierenextraxt. In den schwersten Fällen acuter katarrhalischer Laryngitis empfiehlt Verfasser dies Verfahren am meisten. LEFFERTS.

96) **O. J. Freer. Die Behandlung der Laryngitis. (The treatment of laryngitis.)** *Journal American Medical Association. 20. Juli 1901.*

Besprechung der therapeutischen Wirkung von Ichthyol, Methylviolett, Pyoctanin bei Prophylaxe und Behandlung entzündlicher oder eitriger Erkrankungen des Kehlkopfes. EMIL MAYER.

97) **Mesini. Eine neue Thyrootomie wegen Laryngitis subglottica. (Di una nuova tirotomia per laringite sostoglottica.)** *Gazzett. d. osped. e delle cliniche No. 147. 1902.*

Da in dem vom Verf. beschriebenen Fall es nicht gelang, nachdem die Patientin durch eine Tracheotomia inferior vor der Erstickungsgefahr befreit war, mittels methodischer Dilatation der Laryngitis subglottica Herr zu werden, entschloss er sich zur Vornahme der Laryngofissur. Es wurde sodann die subglottische Schwellung mittels scharfen Löffels zum grössten Theil beseitigt und darauf die Schildknorpelwundränder sorgfältig genäht. Es trat völlige Heilung ein.

FINDER.

98) **v. Mangoldt. Verpflanzung eines Rippenknorpelstückes in den Kehlkopf zur Heilung von grossen Defecten und Correction einer Sattelnase durch Transplantation von Knorpel. (The grafting of rib cartilage into the larynx in order to heal large defects and the healing of saddle nose by cartilaginous transplantation.)** *Philadelphia Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Verfasser berichtet von einem interessanten Fall von Larynxdefect, der durch Transplantation eines kleinen Stückes Rippenknorpel gedeckt wurde. Patient litt ursprünglich an zahlreichen Polypen in dem Larynx und die Entfernung derselben durch Thyrotomie hatte eine deutliche Stenose des Larynx verursacht, gegen welche 4 Tracheotomien im Laufe der Zeit vorgenommen wurden. So wurde die Strictur endlich überwunden, aber es blieb dafür eine grosse Oeffnung im Larynx zurück. Dieselbe wurde nun gedeckt durch Transplantation eines Hautlappens aus der seitlichen Halsgegend auf die Oeffnung derart, dass die Epidermis nach innen sah. Die äussere Wundfläche wurde durch einen zweiten Lappen gedeckt, der vom Sternum hergenommen wurde und der ein Stück Rippenknorpel einschloss. Das Heilungsresultat war sehr befriedigend und das Knorpelstück verhütete ein Einsinken der Haut während der Inspiration.

Ein zweiter Fall von Larynxstenose wurde ganz ähnlich behandelt, ausser dass die Operation in 5 Stadien vorgenommen wurde und ein Hautlappen, der aus zwei Hautschichten mit einem dazwischenliegenden Stück Rippenknorpel bestand, angelegt wurde, vor der Eröffnung des Larynx. Der Pharynx wurde dann gespalten und der Lappen so eingelegt, dass der Knorpel zwischen die klaffenden Ränder zu liegen kam. Das Resultat war gleichfalls gut.

In einem weiteren Fall von syphilitischer Sattelnase wurde ebenfalls eine Transplantation von Rippenknorpeln sammt Perichondrium unter die Nasenhaut durch Incision an der Glabella vorgenommen. Der Knorpel heilte gut ein und nach einer zweiten corrigirenden Operation kam eine ganz gute Nasenform zu Stande.

EMIL MAYER.

99) **M. H. Fussell. Perichondritis des Larynx beim Typhus. (Perichondritis of the larynx in typhoid fever.)** *N. Y. Medical Record. September 1900.*

F. berichtet von zwei Fällen, die beide in der Typhusreconvalescenz auftraten und die in einem Falle mild, im anderen schwer verliefen. In beiden begannen die Larynxerscheinungen im Anschluss an traumaartige Insulte, in einem

Fall nach dem Verschlucken eines Apfels, im anderen nach dem durch die Eröffnung eines ziemlich grossen Abscesses gesetzten Shok. In beiden traten die schweren Erscheinungen plötzlich ein und bedrohten das Leben im Verlauf weniger Stunden. In beiden Fällen bestanden schon im Beginn leichte Athembeschwerden, in einem Fall etwas Heiserkeit. In dem Fall, in welchem der Patient ein grosses Stück Apfel verschluckt hatte, wurde die Operation verweigert, obgleich er durch die Stenose Qualen erleiden musste. Im Verlauf von 3 Tagen starb er. Die Obduction ergab einen ausgedehnten Abscess des Cricoidknorpels. Der zweite Patient genas nach der Tracheotomie. Er trug die Canüle 6 Monate lang und blieb gesund, abgesehen von einem leichten Stridor bei der Athmung, Heiserkeit der Stimme und etwas Dyspnoe bei Anstrengungen. LEFFERTS.

100) **N. Wigdortschik. Fall von Perichondritis laryngea externa. (Slutschai perich. lar. ex.)** *Jeshenedelnik. p. 139. 1901.*

Bei einem gesunden Manne angeblich infolge von Erkältung entwickelte sich Infiltrat, Schmerzhaftigkeit und Röthuug über der Cart. thyroid. und starke Schluckbeschwerden.

Nach 15 Tagen Durchbruch scheinbar in den Oesophagus. Heilung.

P. HELLAT.

101) **Hoffmann** (Lausanne). **Studie über Larynxfractur. (Essai sur les fractures du larynx.)** *Dissertaiton, Lausanne. Zürich, Fischer. 1899.*

Dieses wichtige, mehr dem Chirurgen als dem Laryngologen nahetretende Thema behandelt Verf. an 37 aus der Literatur gesammelten Fällen, welche in fünf Gruppen zerfallen. Der erste allgemeine Theil bespricht das Historische, die Aetiologie, die Symptomatik, die Diagnose, die Therapie und die Prognose. Die Hauptsymptome sind die Dyspnoe, die starke Schwellung der Kehlkopfgegend durch Bluterguss und Emphysem, die Stimmstörung bis zur Aphonie, oft reflectorische Bewusstlosigkeit, Syncope, Prostration. Die Diagnose ist oft schwierig wegen der Schwellung. Die Prognose richtet sich hauptsächlich nach den Wirkungen der Läsion im Lumen des Kehlkopfes und der Trachea, den inneren Verschiebungen der Knorpelfragmente und der inneren Extravasate, Oedeme, Emphyseme; in zweiter Linie danach, ob die Schleimhaut perforirt und dadurch der Infection der Weg eröffnet sei. Die schlimmsten Fälle sind diejenigen mit Querfracturen, namentlich des Ringknorpels, während die Längsfracturen, besonders des Schildknorpels, günstiger sind. Nach den genannten Momenten richtet sich auch das therapeutische Verhalten. Die sofortige präventive Tracheotomie, welche zuerst in Frage kommt, ist indicirt: 1. bei Continuitätstrennung der Laryngotrachealschleimhaut, 2. bei querer und schiefer, bei multipler und kleinstückiger Fractur, bei Fractur des Ringknorpels, 3. wenn die Fractur mit einer subglottischen oder trachealen Verletzung combinirt ist. Die bewaffnete exspectative hingegen ist anzurathen bei verticaler und einfacher Fractur des Schildknorpels.

JONQUIÈRE.

102) **Wichmann. Ueber indirecten Kehlkopfbruch.** *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medicin. 2. 1900.*

Ein Eisenbahnarbeiter gerieth beim Rangiren von Güterwagen zwischen die

Kuppelhaken, wurde eingeklemmt und eine Strecke mitgeschleift, starb bald danach. Bei der Section fand man das Mittelstück des Ringknorpels ausgebrochen und aus seinem seitlichen Zusammenhang in das Lumen der Trachea verschoben. Der indirecte Bruch des Ringknorpels war in der Weise zu Stande gekommen, dass der vordere Kuppelhaken eine Zugwirkung nach unten auf die Trachea ausgeübt hatte, während der Kopf nach hinten ausgewichen war. Bei der starken Streckung des Halses stemmte sich der Ringknorpel an die Halswirbelsäule und wurde in seinem Mittelstück abgesprengt.

SEIFERT.

103) **Nizzoli. Subcutane Fractur des Kehlkopfs. (Frattura sottocutanea della laringe.)** *Riforma Medica. 16. August 1901.*

Es handelte sich um einen Knaben, der beim Sturz vom Fahrrad sich den Schildknorpel brach. Die Fraktur heilte ohne jede Hülfe.

FINDER.

104) **Reuter. Ueber die anatomischen Befunde beim Tode durch Erdrosseln und durch Erhängen.** (Aus dem Univ.-Institute f. gerichtl Medicin in Wien.) *Zeitschr. für Heilkunde. XXII. Bd. (neue Folge II. Bd.). H. IV. 1901.*

Unter anderen differentialdiagnostischen Merkmalen betont R. auch den Umstand, dass beim Erdrosseln selten Verletzungen des Kehlkopfes und Zungenbeingerüstes vorkommen, während dies beim Erhängen häufig der Fall ist.

CHIARI.

105) **Fein. Ueber angeborene Membranbildung im Larynx.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 15. Mai 1901.)

Im Spiegelbild sieht man eine sehnig weisse, derbe Membran, von der vorderen Commissur beider Stimmbänder bis zur Mitte derselben reichend, die sich beim Phoniren in eine Falte legt.

Bemerkenswerth ist, dass die Patientin erst mit ihrem 17. Lebensjahr heiser wurde. Durchschneidung der Membran und Entfernung derselben mit einem schneidenden Instrument.

CHIARI.

f. Schilddrüse.

106) **Nefedow. Zur Frage der Schilddrüsenfunction. (K woprosu o funkzi schtschitowid, shelesi.)** *Dissert. Petersburg. 1901.*

Der Autor hat verschiedene Seiten der reclamirten Schilddrüsenfunction einer Controlle unterzogen. Er experimentirte an 19 Hunden.

Ausser der (seit Schiff) bekannten Thatsache, dass nach der Exstirpation der Schilddrüse die meisten Hunde untergehen, sind seine Resultate hauptsächlich negativer Natur. Er konnte z. B. keinen Einfluss der Schilddrüse auf Cocain-, Coffein-, Carbaminsäure, oder Jodwirkung constatiren.

Ebenso bemerkte er nicht einen Unterschied, den die Fleischnahrung auf thyreoidectomirte Hunde machen sollte. Complementäre Drüsen schützen nicht vor dem Tode. Am Leben bleibende Hunde brauchen keine complementäre Drüsen zu haben.

P. HELLAT.

107) **W. Edmunds. Pathologie und Erkrankungen der Schilddrüse. (The pathology and diseases of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Mai 1901.*

Verfasser bespricht die Anatomie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse, sowie die Resultate, die er an Hunden, Affen und anderen Thieren nach Excision der Schilddrüse erhalten hat.

LEFFERTS.

108) **E. C. Rankin. Die Beziehungen der Schilddrüse zur Conception. (The relation of thyreoid gland to conception.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Mai 1901.*

Verfasser berichtet von 2 Frauen, einer 40jährigen und einer 32jährigen, von denen erstere vor 16 Jahren, letztere vor 11 Jahren zuletzt entbunden war. Wegen Basedow'scher Erkrankung wurden sie beide mit Schilddrüse behandelt und bei beiden trat 3 Monate nach Beginn der Behandlung Conception ein, sodass sich Verfasser bei Fällen von Sterilität einen Erfolg von der Anwendung der Schilddrüse verspricht.

LEFFERTS.

109) **Marchaud. Parenchymatöser Kropf. (Goître parenchymateux.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 12. 1901.*

In der Sitzung der anatom.-patholog. Gesellschaft von Brüssel am 31. März 1901 zeigt M. einen zweifaustgrossen Kropf vor, welchen Van Engelen einer 70jährigen Frau entfernt hatte. Der seit lange bestehende Kropf bestand aus Bindegewebe, durchsetzt von kleinen lacunären Räumen und disseminirten hämorrhagischen Herden.

BAYER.

110) **G. Naumann** (Götheborg). **Ueber retrosternale Struma. (Om retrosternal struma.)** *Hygiea. Mai 1901.*

Beschreibt einen Fall von retrost. Struma, die er bei einem 33jährigen Fräulein am 30. November 1900 entfernt hatte. Dimensionen der Struma: Länge 21 cm, davon 11,5 cm retrosternal. Gewicht: 263 g. Totale linksseitige Recurrensparese vor und nach der Operation. Heilung.

SCHMIEGELOW.

111) **E. W. Taylor. Basedow'sche Krankheit und Erkältung. (Exophthalmic goitre and fright.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Mai 1901.*

Verfasser berichtet über drei Fälle und bespricht im Anschluss daran die Erkältung als secundäres ätiologisches Moment bei der Entstehung der Basedowschen Krankheit, bei gleichzeitigem Vorhandensein einer Prädisposition unbekannter Natur.

LEFFERTS.

112) **Bellencontre** (Paris). **Basedow'sche Krankheit, Symphathectomie, nachfolgende Netzhautlösung. (Goître exophtalmique sympathectomie. Décollement rétinien consécutif.)** *Congrès d'Ophtalmologie. Mai 1901.*

Bericht über einen Kranken, bei welchem nach der Resection des Sympathicus wegen Basedow'scher Erkrankung Cataract und Netzhautablösung eintrat.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

113) **Schilling** (Leipzig). **Erkrankungen der Speiseröhre und Oesophagoskopie.** *Wien. med. Blätter. No. 36. 1901.*

Kurz gehaltene Zusammenstellung des über diesen Gegenstand Bekannten.

CHIARI.

114) **W. O. Roberts. Strictur des Oesophagus nach Typhus. (Structure of the oesophagus following typhoid fevre.)** *Pediatrics. 1. Juli 1901.*

Der Fall betrifft einen 16jährigen Knaben, bei dem durch Sondirung Heilung herbeigeführt wurde.

EMIL MAYER.

115) **Theodore Dunham. Die Behandlung von Stricturen des Oesophagus. (The treatment of stricture of the oesophagus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 29. August 1901.*

Verfasser beschreibt ein Instrument, welches zur Dilatation von Oesophagusstrikturen dient. Es wird zu dem Zweck eine Schnur durch den Oesophagus in den Magen hinuntergespült bis das Ende von einer Gastrostomiewunde aus zu fassen ist. Dann werden Bougies von bestimmter Beschaffenheit an dem Magenende der Schnur befestigt und die Strictur damit von unten her dilatirt.

EMIL MAYER.

116) **J. W. Brose. Spasmen des Oesophagus und der Glottis beim Erwachsenen. (Spasm of the oesephagus and glottis in adult life.)** *N. Y. Medical Record. 29. Juni 1901.*

Es handelt sich um zwei Fälle, in dem ersten um einen Reizzustand im Anschluss an ein Carcinom der unteren Speiseröhre und des Magens, im zweiten Fall handelt es sich wahrscheinlich um eine tuberculöse Spitzenerkrankung, von der der nervöse Reiz ausging.

LEFFERTS.

117) **A. Baltar** (Madrid). **Ein in der Speiseröhre eingeklemmtes Geldstück. Neues Mittel zu seiner Entfernung. (Moneda enclavada en al esofago — nucoo medio para extraerla.)** *Revist. de Medec. y Ciurg. Pzact. No. 21. Dec. 1901.*

Das erdachte Instrument besteht aus einem 1 mm dicken Metalldraht, dessen Länge grösser sein muss als die doppelte Entfernung zwischen Zahnreihe und Cardia. Der Draht wird zur Hälfte gedoppelt und bildet so eine lange Gabel, deren Arme kaum 1 cm von einander getrennt gehalten werden etc. Der Einfachheit wegen kann das Instrument in jedem Falle improvisirt werden, wenn man keine anderen passenden Instrumente zur Hand hat, und selbst dann, wenn letztere nicht den erwünschten Erfolg gegeben haben.

R. BOTEY.

118) **V. Carsi** (Valencia). **Zwei Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus. (Dos cases de enerpo extrane en al esofago.)** *La Medecina Valenciana. No. 2. 1901.*

In beiden Fällen bestand der Fremdkörper aus einem Fleischstücke, welches sich beim Schlucken im Isthmus pharyngis festgesetzt und Erstickungssymptome verursacht hatte. Die Entfernung resp. Ausstossung erfolgte nach Einführung des rechten Zeigefingers.

R. BOTEY.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Semon, Sir Felix** (London), **Einige Bemerkungen über die Principien der Localbehandlung bei Erkrankungen der oberen Luftwege. (Some thoughts on the principles of local treatment of diseases of the upper air passager.)** London, Macmillan. 1902.

Diese Vorlesungen, welche im Medical Graduates College and Policlinic gehalten wurden, sind jetzt in Buchform herausgekommen mit einem Anhang, der die Antwort des Verf. auf einige etwas erregte Correspondenzen enthält, die im Anschluss an die ersten Publicationen der Vorlesungen im British Medical Journal erschienen. In diesen Mittheilungen sind die langjährigen Erfahrungen (Nov. u. Dec. 1901) des Autors niedergelegt gegenüber der neuerdings immer mehr und mehr um sich greifenden Neigung, chirurgische Eingriffe bei allen möglichen leichteren Erkrankungen der oberen Luftwege vorzunehmen. Semon erhebt strengen aber gerechten Protest gegen eine gewisse Strömung, welche dazu geführt hat, nicht nur, dass sich gegen die Gesammtheit der Laryngologen und Rhinologen Vorwürfe erhoben haben, wie sie z. B. von Goodhart in der letzten Sitzung der British Medical Association ausgesprochen worden sind, „dass nämlich Hals und Nase schrecklich unter der Operationslust zu leiden haben, die über das Publikum hereingebrochen ist“, sondern auch Operationen in Misskredit gebracht hat, die in wirklich geeigneten Fällen von grösstem Werthe sind.

Diese Vorlesungen, die sich mit den wichtigsten Fragen aus dem gesammten Gebiet der Laryngologie und Rhinologie befassen, können aufs Wärmste empfohlen werden. Sie eröffnen einen interessanten Einblick in den noch ganz unausgeglichenen Gegensatz zwischen operativen Heissspornen und der in operativer Hinsicht mehr conservativen Partei in England. „Insufficienz der Nase“ spielt in der Pathologie anderer Länder vielleicht als causa morbi universalis, die viel zu häufig Veranlassung wird zu übereifrigem Vorgehen, nicht die Rolle wie bei uns, aber man hört zuweilen, dass auch anderswo als bei uns auf rhinolaryngologischem Wege zu scharf operativ vorgegangen wird.

Beim Durchlesen der Semon'schen Ausführungen wird man überzeugt von der Nothwendigkeit seiner Remonstration, wenn man sich dabei auch eines gewissen Erstaunens und Bedauerns, dass es überhaupt so weit kommen konnte, nicht erwehren kann. Semon beschränkt sich aber nicht darauf, Protest zu erheben, sondern bringt Positives, indem er die massgebenden Principien für die Localbehandlung bei Krankheiten der oberen Luftwege festzulegen sucht. Im Wesentlichen sollen dieselben auf Folgendes hinauslaufen:

Wenn die Erkrankung rein lokaler Art ist und beträchtliche Allgemeinstörungen verursacht, ist die Lokalbehandlung indicirt, und zwar energisch und ohne Zeitverlust, eine Ansicht, die von den meisten Aerzten anerkannt werden dürfte.

Demzufolge sollen Fremdkörper unverzüglich entfernt werden und jeder Laryngologe soll bei malignen Erkrankungen, solange sie noch auf das Larynxinnere begrenzt sind, unverzüglich operiren. Nicht jede, zufällig entdeckte, bedeutungs-

lose Anomalie in der Nase oder im Halse aber erfordert operative Eingriffe. Diese Frage wird ausführlich erörtert.

Die adenoiden Wucherungen theilt der Verf. in 3 Klassen ein, erstens in solche, die das wohlbekannte Symptomenbild dauernd erzeugen, zweitens in solche, welche dasselbe nur zeitweilig und unter gewissen Umständen verursachen, und drittens in solche, welche überhaupt keine Symptome machen. Letztere sollen garnicht operirt werden, dagegen wohl diejenigen, welche unter die erste Rubrik fallen. In der zweiten Klasse muss je nach nach den Verhältnissen des individuellen Falles entschieden werden. Bei der Operation selber bevorzugt Verf. die Lagerung des zu Operirenden mit über den Tischrand herabhängendem Kopfe in Chloroformnarkose. Die Irrlehre von der Rückbildung adenoiden Gewebes durch „Athemübungen“ wird noch einmal kritisch beleuchtet.

Es folgt eine ausführliche lehrreiche Besprechung der Lokalbehandlung der Kehlkopftuberkulose. Während Verf. eine energische Lokalbehandlung mit Milchsäure und Curette unter Führung des Kehlkopfspiegels in geeigneten Fällen warm befürwortet, beurtheilt er die vielfach gebräuchlichen operativen Maassnahmen bei vorgeschrittenen Larynxerkrankungen ungünstig.

Bei syphilitischen Erkrankungen empfiehlt er constitutionelle Behandlung, wobei er aber für gewisse Formen tertiärer Affectionen, wie fibröse Stenosen, vorgeschrittene Perichondritis, selbstverständlich energische Lokalbehandlung concessionirt.

Sodann übt er recht strenge aber stets gerechte Kritik über die von manchen Specialisten gehegten Ansichten bezüglich leichter intranasaler Structuranomalien als Ausgangspunkt von schweren Erkrankungen des Nachbargebiets und besonders von zahlreichen Reflexneurosen, vornehmlich Asthma. Er bekämpft ferner energisch die nutzlosen Uvulotomien, Muschelresectionen, Septumleistenoperationen und überradicalen Eröffnungen der Nebenhöhlen der Nase. Wenn man von all den Operationen zur Beseitigung harmloser Gewebsanomalien, wie kleiner Septumstacheln und -leisten, die für entfernt nervöse Störungen verantwortlich gemacht wurden, liest, so muss man sich wirklich fragen, was damit solchen Kranken wohl genützt worden ist! Sind sie unternommen worden nach den Gesichtspunkten der Aderlasskünstler, die gegen alles und jedes zur Ader schlugen, oder sind die abundanten Blutungen, wie sie so oft nach zwecklosen Muschelresectionen aufgetreten sind, etwa ein beabsichtigtes Resultat der Heilversuche gegen „reizbare Schwäche“ wie sie so oft derartigen Neurosen zu Grunde liegt? Wahrlich „Blut ist ein ganz besonderer Saft“ und die meisten Praktiker von Erfahrung dürften mit dem Verf. darüber einig sein, dass Operationen, die selbst bei günstigem Verlauf einen beträchtlichen Verlust dieses kostbaren Stoffs nothwendigerweise zur Folge haben, nicht auf unsicherer Basis gestellten Theorien zuliebe unternommen werden sollen.

Der begrenzte Raum gestattet nicht mehr als diesen kurzen Hinweis auf einige hauptsächliche Gesichtspunkte dieser Vorlesungen. Sicherlich genügt aber ein solcher Hinweis auf die freimüthigen Auseinandersetzungen der erwähnten ethischen und wissenschaftlichen Gesichtspunkte seitens eines Autors von so hoher Autorität, um das allgemeine Interesse an ihnen zu wecken. Für den

practischen Arzt nicht weniger als für die Specialcollegen des Verfassers dürften sie ein ganz besonderes Interesse haben.

Es ist kaum nöthig, der langen und zuweilen erbitterten Entgegnungen Erwähnung zu thun, welche gleich nach der Veröffentlichung dieser Vorlesungen erschienen. 16 verschiedene Autoren erhoben ihre Stimme in den Nummern des British Medical Journal vom 16. November 1901 bis 11. Januar 1902. Abgesehen von einigen unwichtigen Details blieb der vom Verf. vertretene Standpunkt unbestritten; eine Anzahl der geschätztesten britischen Laryngologen und Otologen traten seinen Ausführungen durchaus bei, und die trivialen Argumente, die gegen einige Argumente aufgeführt wurden, widerlegte Verf. selbst in einem Brief, der im Anhang zu dem besprochenen Werke erscheint; er resumirt darin noch einmal die Ergebnisse der Controverse. Der Herausgeber des British Medical Journal hatte im Anschluss an die Publication der ersten Vorlesung Semon's seine volle Uebereinstimmung mit den darin vertretenen Principien kundgegeben in einem Artikel, der überschrieben war: „a Protest against Operative intemperance“ und hat auch nachher in einer redactionellen Notiz über Lokalbehandlung der oberen Luftwege nochmals seiner Uebereinstimmung mit der Semon'schen Stellungnahme in der Controverse Ausdruck gegeben. James Donelan.

b) **Holger Mygind** (Kopenhagen), **Kurzes Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege.** Berlin, Oscar Coblentz. 1901.

c) **Max Kamm** (Breslau), **Was muss der practische Arzt von Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten wissen?** Breslau, Preuss u. Jünger. 1901.

Fast gleichzeitig mit dem kürzlich besprochenen R. Kayser'schen Leitfaden sind die beiden von Mygind und Kamm verfassten Compendien erschienen; alle drei verfolgen denselben Zweck, den practischen Aerzten und Studirenden eine Anleitung für die Diagnose und Therapie der einschlägigen Erkrankungen an die Hand zu geben. Alle drei Autoren bemühten sich, nur das für diese Zwecke unbedingt Nothwendige zu bringen. Wie verschieden aber dieses „unbedingt Nothwendige“ von den drei Autoren bewerthet wird, zeigt sich darin, dass, obgleich alle drei sich möglichster Kürze im Ausdruck befleissigen, Mygind für diesen Zweck 243 Seiten brauchte, R. Kayser 93 Seiten und Kamm 72 Seiten. Zieht man in dem Kamm'schen Buche den für Recepturen und für 74 Abbildungen benutzten Raum ab, so werden etwa 50 Druckseiten für den Text übrig bleiben. Das, was der Verf. in diesem begrenzten Raum gebracht hat, ist durchaus anerkennenswerth: Die Untersuchungsmethoden sind anschaulich dargestellt, die Therapie umfasst alle wesentlichen Daten, und auch die Symptomatologie, wenigstens die objective, dürfte genügen. Und doch glaube ich, dass das Bedürfniss des practischen Arztes mehr verlangt, als hier geboten wird. Die Anatomie, die Pathologie und die Physiologie haben in dem Kamm'schen Buche überhaupt keine Stätte gefunden. Nun wird aber gewiss bei denjenigen Aerzten, deren Bedürfnisse über die Weisheit eines Medicinalkalenders hinausgehen — und es sind doch, dem Himmel sei Dank! nicht allzu viele, die sich selbst auf das Niveau des niederen Heilpersonals stellen — sich gelegentlich ein Wunsch nach

Information auf diesem Gebiete bemerkbar machen. Diese werden auf die speciellen Lehrbücher dieser Materien hingewiesen. Das aber können wir nicht gutheissen. Gewiss wird durch eine derartige Entlastung das eigene Buch kürzer, billiger und verkaufsfähiger, aber der Käufer wird für wichtige Abschnitte auf andere Quellen verwiesen, die den besonderen Bedürfnissen des Specialarztes nur in den seltensten Fällen entsprechen, weil sie entweder zu wenig oder zu viel bringen. Auch die Schilderung der subjectiven Symptome und die Prognose, die doch gerade für den practischen Arzt von wesentlicher Bedeutung sind, kommen oft viel zu kurz weg; man vergleiche das Capital über Larynxödem (Seite 52).

Ueber die subjectiven Erscheinungen dieser Erkrankung, über die Aussichten, die sie bietet, über ihren Verlauf findet sich kein Wort. Ich glaube, der practische Arzt, der in einem solchen Falle aus den Kamm'schen Buch Belehrung schöpfen will, wird seine Bedürfnisse nicht ganz gedeckt finden. Andere Capitel sind weniger stiefmütterlich behandelt.

Betreffs des Inhalts, gegen den sich im Grossen und Ganzen wenig einwenden lässt, sei nur eine Bemerkung gestattet. Seite 23 findet sich bei der Besprechung des Nasenblutens in gesperrter Schrift der Satz: „Nasentampons lässt man nicht länger als höchstens 24 Stunden liegen." Ich muss diesem Satz widersprechen, denn es wäre denkbar, dass seine Nichtbefolgung gelegentlich einmal forensische Folgen haben könnte. Gewiss muss man jeden Patienten, dessen Nase tamponirt ist, sorgsam überwachen; geschieht das aber, so darf man, wenn Temperatur und Allgemeinbefinden günstig sind, den Tampon auch 48—60 Stunden liegen lassen. Es wird unter Umständen sogar vortheilhaft sein, den Tampon länger als 24 Stunden liegen zu lassen, weil auch trotz der Einträufelung von warmem Wasser die frühzeitige Lösung des Tampons, besonders bei dem ungeübten Practiker, von einer neuen Blutung begleitet werden dürfte.

Wesentlich inhaltreicher ist das Mygind'sche Buch. Auch dieses hält sich in dem Rahmen eines Compendiums, aber es ist so eingerichtet, dass es auch weitgehenderen Bedürfnissen genügen dürfte. Anatomie und Physiologie sind in etwas schematischer, aber sehr geschickter Form dargestellt, so dass der Leser ein anschauliches Bild von der Sache bekommt. Subjective und objective Erscheinungen jeder Erkrankung, Verlauf und Prognose sind überall zweckentsprechend behandelt. Besondere Sorgfalt ist jedesmal bei dem der Therapie gewidmeten Abschnitt aufgewendet worden. Im Interesse der Sache seien einige Bemerkungen zu dem Inhalte gestattet. Die locale Therapie der syphilitischen Rachenerkrankungen (S. 181) kommt zu kurz weg; Ref. vermisst die Empfehlung und Gebrauchsanweisung der Chromsäure, die für diesen Zweck unübertrefflich ist. — S. 196 empfiehlt Mygind bei Laryngitis submucos. acuta (Erysipel und Phlegmone) Inhalation von Chamillen-Infus. Ref. hält das für etwas bedenklich, besonders in der Hand des Nichtspecialisten, weil ein plötzlicher Afflux in die phlegmonösen und ödematösen Theile bei der Inhalation leicht zur Suffocation führen kann.

Seite 201/202 beschreibt der Verf. die warzenförmigen Verdickungen am Proc. vocal. bei Pachydermia laryng. und fährt dann fort: „Die hier beschriebene Schleimhauthypertrophie des Processus vocalis ist die typische Pachydermia la-

ryngis diffusa" — mit Verlaub, das stimmt nicht! Die Pachydermia laryng. diffusa ist eine diffuse Erkrankung des Kehlkopfes, die Wucherungen am Proc. vocal. sind nur Theilerscheinungen, die dasein oder fehlen können, ohne dass hierdurch der Charakter des Krankheitsbildes geändert wird. Die operative Behandlung der Larynxtuberkulose sollte meines Erachtens wenigstens erwähnt werden.

Diese kleinen Ausstellungen können natürlich den Werth des Mygind'schen Buches nicht beeinträchtigen. Dasselbe ist von dem Ueberfluss der grossen Handbücher ebenso weit entfernt wie von der Dürftigkeit der specialistischen Medicinalkalender und kann deshalb dem practischen Arzt und den Studirenden mit gutem Gewissen empfohlen werden. Arthur Kuttner (Berlin).

d) A. Onodi (Budapest). **Die Anatomie und Physiologie des Kehlkopfnerven.** 179 Ss. Mit 42 Abbildungen. Berlin, Oscar Coblentz. 1902.

Der vorliegende Band repräsentirt das Gesammtergebniss der von dem Verfasser seit dem Jahre 1887 angestellten anatomischen, physiologischen und pathologischen Untersuchungen über die Kehlkopfnerven. Wie allgemein bekannt, hat sich Onodi seit vielen Jahren mit rühmenswerthester Energie und Ausdauer dem Studium der Kehlkopfinnervation gewidmet, und die Ergebnisse seiner im Auftrage der ungarischen Akademie der Wissenschaften ausgeführten Experimente und literarischen Forschungen periodisch in verschiedenen ungarischen, deutschen und französischen Journalen veröffentlicht. Es erweckte allgemeines Bedauern, als er im Jahre 1894 durch schwere Krankheit gezwungen war, seine fleissigen Forschungen mehrere Jahre hindurch einzustellen. Zur Freude der Wissenschaft und seiner Freunde aber ist er völlig genesen zu seiner Thätigkeit zurückgekehrt, und es ist ihm nunmehr vergönnt, die Resultate seiner Lieblingsstudien in einem stattlichen Bändchen zusammengestellt, der Oeffentlichkeit zu übergeben. Wir beglückwünschen ihn herzlich zu dem, was er gearbeitet, was er erreicht hat, und hoffen, trotz der gegentheiligen Andeutungen in seiner Vorrede, dass seine Forschungen in dieser Richtung noch keinen definitiven Abschluss gefunden haben. Mit Feuereifer hat sich Onodi auf die selbstgestellte Aufgabe geworfen; unermüdlich hat er, wo auch immer auf dem vielumstrittenen Gebiet der Kehlkopfinnervation neue Controversen aufgetaucht sind, unabhängig nachgeprüft, objectiv berichtet: einen solchen Mann können wir in der Vollkraft seiner Thätigkeit auf diesem Felde nicht entbehren! —

Zu einer eingehenden Besprechung eignet sich das Onodi'sche Buch nicht. Es handelt sich um eine Reihe von Einzelforschungen, deren Ergebnisse grösstentheils bereits früher veröffentlicht und im Centralblatt referirt worden sind, und welche, um bei einem früher einmal von mir gebrauchten Gleichniss zu bleiben: Bausteine zu einem noch zu errichtenden Gebäude darstellen, über dessen schliessliche Erscheinung sich heute kaum mehr als Vermuthungen aufstellen lassen. So hat der Verfasser selbst es unterlassen, ein Gesammtresultat aus seinen Studien zu ziehen und sich begnügt, die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven in ihren einzelnen Abschnitten in einzelnen Kapiteln zu besprechen.

Onodi's Stellungnahme zu den meisten noch streitigen Fragen ist bekannt.

So kommt er zu dem Schlusse, dass der eigentliche Accessorius mit dem Kehlkopf nichts zu thun hat, und dass die Innervation des letzteren ausschliesslich aus dem Vagus stammt; so betont er die Wichtigkeit der doppelten gekreuzten sensitiven Innervation des Kehlkopfs; so reproducirt er seine durchaus originelle Schilderung des Verhältnisses der Kehlkopfnerven zum Sympathicus und zu den Rami cardiaci; so hält er seine Angabe, dass ein subcerebrales Centrum für die Stimmbildung hinter den Vierhügeln besteht, durchaus aufrecht und bringt neue Anhaltspunkte für ihre Richtigkeit bei u. dgl. mehr. Ausgedehnte Literaturkenntniss und ruhige, objective Darstellung charakterisiren das ganze Werk. Sollte ich eine Ausstellung machen, so wäre es die, dass es vielleicht wünschenswerth gewesen wäre, am Schlusse jedes Kapitels ein kurzes in unzweideutige Worte gekleidetes Resumé über die Stellung des Verfassers selbst zu den in dem betreffenden Abschnitt besprochenen Fragen zu finden. Ich bekenne, dass die Ausdrucksweise des Verfassers mich manchmal in Zweifel darüber lässt, für welche der verschiedenen, von ihm mit musterhafter Gründlichkeit und Objectivität citirten Ansichten er sich selbst entscheidet. Ein einzelnes Beispiel möge dies illustriren. Im 5. physiologischen Abschnitt („Der untere Kehlkopfnerv") kommt O. auf die Frage zu sprechen, ob im unteren Kehlkopfnerven centripetale Fasern existiren. Bekanntlich sind über diese Frage grundverschiedene Ansichten ausgesprochen worden. O. citirt dieselben getreulich und sagt dann, dass seinen Untersuchungen nach es sicher sei, dass im Stamme des unteren Kehlkopfnerven ausser den motorischen Fasern sensible und „andere Bestimmung besitzende" Fasern enthalten seien. Welches diese „andere Bestimmung" sei, ist nicht gesagt. Die wirkliche Bedeutung der Frage ist doch aber die: löst die Reizung des N. recurrens, resp. seines centralen Stumpfes, solche physiologischen, resp. pathologischen Erscheinungen aus, wie sie von einzelnen Autoren beschrieben, von anderen entschieden bestritten werden, oder nicht? Eine klare Antwort auf diese Frage habe ich in dem betreffenden Kapitel des Onodi'schen Werkes nicht finden können, und an manchen anderen Stellen ist es mir ebenso gegangen.

Aber das ist eine vereinzelte und verhältnissmässig untergeordnete Schattenseite gegenüber den zahlreichen grossen Vorzügen des Buches. Das Studium desselben ist für jedermann, der den heutigen Standpunkt der Lehre von der Kehlkopfinnervation kennen lernen will, schlechterdings unerlässlich. Möge es unserem lieben Collegen vergönnt sein, uns noch mit vielen ähnlichen Früchten seines rastlosen Fleisses zu erfreuen! — Felix Semon.

---

e) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. November 1901.

B. Fränkel stellt ein 10jähriges Kind mit knöchernen Verschluss beider Choanen vor, dem er vor 9 Jahren durch eine mittelst Troicart vorgenommene Operation vorübergehend die Nasenathmung hergestellt hatte. Die Verschlussmembranen sind von vorne und postrhinoskopisch zu sehen. Das Kind hat den typischen hohen Gaumen.

Schötz hat in solchen Fällen auch manchmal einen flachen Gaumen gesehen.

Fränkel bestätigt das gelegentliche Vorkommen flacher Gaumen bei Choanalverschluss.

Brühl: Ueber Zweitheilung der Nebenhöhlen der Nase. B. bespricht kritisch die einschlägige Literatur und giebt die Resultate seiner an 200 Nasenpräparaten angestellten Untersuchungen an; er demonstrirt eine grössere Anzahl von Präparaten und Abbildungen.

Er erörtert zunächst die Verhältnisse, welche eine Zweitheilung der Stirn-, Oberkiefer- und Keilbeinhöhle vortäuschen können. Flach ausgebildete Knochenräume, Schiefstand des Septum des Sinus front. und sphenoid., Membranbildungen und periostitische Neubildungen und Zahncysten. Die Zugehörigkeit eines Hohlraumes in Stirn, Keilbein und Oberkiefer zum pneumatischen Hohlsystem der Nase wird durch die Communication des Hohlraums mit der Nasenhöhle gekennzeichnet; seine anatomische Bedeutung erhält der Hohlraum aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen durch die Stelle seiner Ausmündung, so dass z. B. ein im oberen Nasengang ausmündender Hohlraum stets als Siebbeinzelle aufzufassen ist.

B. findet, dass solche Zweitheilung der Nebenhöhlen, d. h. durch Spaltung der Anlage entstandene, äusserst selten ist, dass dagegen eine scheinbare Zweitheilung durch Ausstülpungen des Siebbeins in Stirn, Keilbein, in den Oberkiefer häufig vorkommt, was practisch sehr wichtig ist. Er fand unter 200 Präparaten im Stirnbein 28 mal, im Oberkiefer 1 mal, im Keilbein 9 mal 2 grosse Höhlen (Sinus des kleinen Keilbeinflügels) und 22 Präparate, bei welchen die hintere Siebbeinzelle in das Keilbein in geringerer Ausdehnung hineinragt.

Die Bestimmung des Cubikinhalts der Nebenhöhlen bei 7 Präparaten ergab für die Stirnhöhle Maasse zwischen 1,6 und 7,8 ccm, für die Oberkieferhöhle zwischen 7,8 und 14,6 ccm, für die Keilbeinhöhle zwischen 1 und 4,2 ccm.

Peyser glaubt auf Grund seiner Beobachtungen an einigen Fällen nicht, dass, wenn bei der Ausspülung angebohrter Oberkieferhöhlen die Flüssigkeit aus der Alveole zurückströmt, dies ein Beweis dafür sei, dass die ausgespülte Höhle nicht der Sinus maxill. ist.

Sturmann erhielt bei einem Pat. durch Ausspülung der Oberkieferhöhle vom mittleren Nasengange Eiter, vom Bohrcanal in der Alveole aber klare Flüssigkeit. Nach der Aufmeisselung zeigte sich ein hinterer mit Eiter gefüllter Raum, der in den unteren Nasengang mündete und ein von diesem durch eine frontale Wand geschiedener normaler vorderer Raum. Allenfalls könnte der erstere dem Siebbein angehören, aber doch nicht der vordere; ebensowenig handelte es sich um eine Zahncyste.

B. Fränkel hat bei Ausspülungen angebohrter Oberkieferhöhlen eine Anschwellung des Augenlides und Orbitainhalts gesehen, so dass eine Communication der Orbita mit dem Sin. maxill. bestanden haben wird.

P. Heymann hat dies ebenfalls beobachtet und auch an Präparaten verschiedene Defecte constatirt.

Peyser sah Gesichtsemphysem bei Caries der vorderen Oberkieferhöhlenwand.

Brühl: Dehiscenzen in dem Orbitaboden sind beschrieben.

In Sturmann's Fall handelt es sich wahrscheinlich doch um eine Zahncyste; diese kann so gross sein, dass die Oberkieferhöhle fast verdrängt ist.

Sitzungen vom 6. December 1901 und 10. Januar 1902.

Treitel berichtet über einen Fall, der anfänglich den Eindruck eines Nebenhöhlenempyems machte, bei dem sich aber bei genauerer Untersuchung eine syphilitische Oberkiefernekrose herausstellte. Es wurde von der vorderen Wand ein Sequester mit einigen Zähnen entfernt. Die Oberkieferhöhle communicirte mit dem unteren Nasengange. Der Eckzahn und ein Prämolaris fielen aus, waren aber nicht cariös.

Meyer erwähnt einen jüngst beobachteten Fall von Osteomyelitis des Oberkiefers, der anfänglich auch als Empyem imponirte; Pat. war anderweitig angebohrt worden und kam in die Klinik mit Sepsis, an der er zu Grunde ging, nachdem eine Auslöffelung noch eine Nekrose der Schleimhaut des Nasenrachens nachgewiesen hatte.

Nehab stellt einen Pat. mit rechtsseitiger Posticuslähmung vor, die er als traumatisch ansieht. Pat. erhielt nämlich 1866 einen Schuss in den linken Oberarm, eine Ausschussöffnung ist nicht zu finden. Vor 8 Wochen stellten sich Schluckbeschwerden ein, dann Unreinheit der Stimme. An dem Pat. ist nichts Pathologisches sonst nachweisbar, die Kugel ist auch auf dem Fluorescenzschirm nicht zu finden. Dagegen zeigt das Röntgenbild etwa 2 Finger breit links neben dem Sternum einige als Knochensplitter zu deutende Schatten. N. meint, die Läsion des Recurrens wäre durch später aufgetretene, durch die Knochensplitter hervorgerufene Schwielenbildung veranlasst. — In der Discussion, an der sich eine grössere Mitgliederzahl betheiligt, werden die verschiedentlich begründeten Zweifel an dem Zusammenhang der 35 Jahre zurückliegenden Verletzung und der Posticuslähmung laut.

B. Goldschmidt berichtet über die Verwendung der Gelatine bei Larynxblutung. Ein von ihm wegen tuberculöser Infiltration der hinteren Larynxwand curettirter Patient bekam eine heftige Blutung, die auf die verschiedensten, gewöhnlich angewendeten Mittel nicht zum Stehen zu bringen war. Endlich spritzte er eine Gelatinelösung mit der Spritze auf die blutende Stelle, und die Blutung stand sofort und dauernd, so dass er für ähnliche Fälle diese lokale Gelatineapplication empfiehlt.

A. Rosenberg: Nebennierenextract in der Rhino-Laryngologie. Die vier bisher brauchbaren Präparate: Suprarenin, Adrenalin, Epinephrin und Nebennierenextract sind in ihrer Wirkung ziemlich gleichwerthig. Sie machen auf die Nasenschleimhaut gepinselt oder mittelst Spray eingestäubt einen bisher nicht beobachteten Grad von Anämie, die ihrerseits wohl die Sensibilität etwas herab-



setzt. Zusammen mit Cocain bewirken sie eine in die Tiefe, selbst bis auf den Knochen dringende Anästhesie. Es scheint keine Gewöhnung an das Mittel einzutreten und es ist ungiftig. — In diagnostischer Beziehung unterscheidet es sich von dem Cocain insofern, als dieses uns über die Füllung des cavernösen Gewebes Aufschluss giebt, während jenes dieses und die Schleimhaut anämisirt. Es ist ein werthvolles Mittel für die Erkennung resp. Differenzirung der Nebenhöhlenempyeme. indem es den mittleren Nasengang in wünschenswerther Weise freilegt. Auch bei engen Nasen und überhaupt zur Orientirung in der Nase ist es von grossem Werthe.

Therapeutisch kann es Verwendung finden bei acuter Rhinitis, Coryza vasomotoria, als Haemostaticum, zur Erleichterung des Abflusses bei Nebenhöhlenempyemen und zu unblutigen Operationen, z. B. Abtragung der mittleren Muschel, Entfernung von Leisten und a. m. Um Nachblutungen zu vermeiden, empfiehlt sich die Cauterisation der Operationsfläche mit Arg. nitr. und sorgfältige Tamponade.

Auf der Zunge erzeugt es Herabsetzung der Sensibilität, ebenso im Pharynx, erleichtert anginöse Beschwerden.

Im Larynx macht es ebenfalls auffallende Anämie und kann diagnostisch verwerthet werden zur Unterscheidung katarrhalischer Schwellung von Infiltrationszuständen. Therapeutisch ist es wirksam bei acuten Entzündungen, Oedem, Dysphagie und ähnlichen Zuständen.

Innerlich gegeben wirkt es weniger sicher, macht aber auch Anämie der Muscheln und Abschwellung derselben, ist manchmal wirksam bei Coryza vasomotoria und vielleicht bei Heufieber.

Sitzung vom 7. Februar 1902.

E. Meyer stellt einen kleinen Pat. vor, der wegen multipler Papillome neun Jahre in Behandlung gestanden hat. Wegen hochgradiger Cyanose war die Tracheotomie, dann die Laryngofissur gemacht worden. Wegen Granulationen und recidivirender Papillome war das Decanülement nicht möglich. Auf endolaryngealem Wege wurden die Tumoren entfernt. Trotzdem gelang das Decanulement wegen Vorfalls der hinteren Wand noch nicht sogleich, sondern erst im Mai vorigen Jahres.

Larynx ist jetzt frei; an Stelle der Stimmbänder sieht man schmale narbige Leisten. Bei der Phonation nähern sich die Taschenbänder der Mittellinie und werden nach oben geschleudert, während die Aryknorpel nach hinten geworfen werden; es findet eine Aufblähung der Ventrikel statt, die leicht vor sich gehen kann, da der Eingang in dieselben, zumal wegen der Schmalheit der Stimmbänder sehr weit ist.

Kuttner spricht sich gegen die Laryngofissur bei multiplen Larynxpapillomen der Kinder aus; ein von ihm behandeltes Kind wurde innerhalb 6 Monaten zweimal laryngofissurirt und musste wegen Recidivs tracheotomirt werden.

Katzenstein fragt, ob nicht die Aufblähung der Ventrikel vielleicht schon vorher bestanden.

Meyer verneint dies entschieden, sie sei nur eine Folge der Operation.

M. demonstrirt dann einen Pat. mit lebhaf gerötheter Gingiva, auf der weisse über die Umgebung erhabene Flecken zu sehen sind; ebensolche finden sich im Pharynx; anfänglich sind sie meist stecknadelkopfgross und confluiren dann zu grösseren. Defect an der Epiglottis, Narbenzug von dieser zum Zungengrund (wahrscheinlich nach Diphtherie entstanden). Die Flecken schwinden bald, um neuen Platz zu machen. — Zuerst zeigt sich eine Röthe der Schleimhaut, nach 1 Stunde sieht man ein wasserhelles Bläschen, an dessen Stelle bald ein scharf umrandeter weisser Fleck mit geröthetem Hof tritt. Manchmal zeigt das Bläschen auch einen milchigen Inhalt. Diese Flecken traten auch an der Epiglottis, den Aryknorpeln, Taschenbändern und aryepiglottischen Falten auf. Es handelt sich um einen Fall von Pemphigus; er glaubt, dass im ersten Stadium immer Blasenbildung auftrete.

Lautenschläger, der den Fall zuerst gesehen, sah im Anfange auf der Schleimhaut Hämorrhagien, so dass er an Werlhof'sche Krankheit glaubte.

Treitel sah bei Pemphigus meist fibrinöse Beläge.

Landgraf hält diesen Fall sicher für Pemphigus.

A. Rosenberg stellt einen Pat. vor, der, seit ca. 8 Jahren heiser, einen weissen kleinhöckrigen Larynxtumor hat, der, das linke Stimmband bedeckend, aus dem Ventrikel kommt und das Taschenband emporwölbt. Er hielt diesen Fall für einen solchen von Pachydermie.

Schötz möchte ihn als Papillom bezeichnet wissen.

Heymann hat einen ganz analogen Fall bei einem Metallarbeiter gesehen.

Reichert hat ebenfalls solche Fälle gesehen, möchte ebenfalls mit der Bezeichnung Pachydermie zurückhalten.

Kuttner spricht sich für dieselbe aus, da man, was man früher Papillom nannte, nach Virchow Pachydermia verrucosa nennt.

E. Meyer hat einen ganz analogen Fall gesehen, bei dem die mikroskopische Untersuchung des Tumors das deutliche Bild der Pachydermie ergab.

A. Rosenberg. Ob Pachydermie oder Papillom ist ziemlich gleichgiltig; wollte man aber diesen Fall als Papillom bezeichnen, so müsste man ihm noch ein adjectivisches Beiwort geben, da dieser Tumor sich von den gewöhnlichen Papillomen in seinem Aussehen unterscheidet.

Alexander stellt einen 38jährigen Mann mit Fistelstimme vor, der zur rechten Zeit den Stimmwechsel gehabt und bis vor 11 Jahren mit Bruststimme gesprochen hat. Seit 3 Jahren ist er der Libido sexualis verlustig gegangen. Objectiv lässt sich nichts Pathologisches nachweisen.

A. Meyer demonstirt seine Methode der gleichzeitigen Durchleuchtung beider Stirnhöhlen bei einer Pat. mit Stirnhöhlenempyem, bei der nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel auf der entsprechenden Seite die Symptome sich besserten. Immerhin sieht man bei seiner Methode noch eine Durchleuchtungsdifferenz.

Klaus hat die gewöhnliche und die Meyer'sche Methode an vielen Leichen geprüft und findet sie beide gleichwerthig; am häufigsten wird der Schatten hervorgerufen durch Dicke der Knochen.

A. Meyer hält nach zahlreichen Untersuchungen seine Methode für die überlegnere.

Discussion über den Vortrag: A. Rosenberg: Nebennierenextract in der Rhino-Laryngologie.

Heymann zeigt eine Reihe neuer Nebennierenpräparate und schliesst sich im Grossen und Ganzen den Ausführungen Rosenbergs an.

Sturmann sah keine Einwirkung des Nebennierenextractes auf die grösseren Gefässe, insbesondere auch nicht auf die am vorderen Theile des Septums auf entzündete Schleimhaut.

Scheier beobachtete einmal nach der Anwendung dieses Mittels langdauernde Nieskrämpfe.

Hirschmann sah sie ebenfalls bei Coryza vasomot.; bei Nasenbluten hat es ihm gute Dienste geleistet; ausserdem gewährt es die Möglichkeit unblutiger Operationen.

Katzenstein hat an dem Mittel auszusetzen, dass nach seiner Anwendung acute purulente Katarrhe folgen können und dass es, bei indisponirten Sängern angewendet, Parästhesien und Secretion veranlassen kann. Zweimal sah er eine Nachblutung.

Alexander sah plötzlichere Abschwellung hyperplastischer Muscheln als nach Cocain.

Brühl beobachtete denselben ischämirenden Effect im Ohr wie in der Nase.

Reichert sah ebenfalls erhebliche Reizerscheinungen nach seiner Anwendung; es ist daher nicht bei acuten Katarrhen zu verwenden.

A. Rosenberg. Es wirkt schmerzherabsetzend bei Angina. Er will es nicht bei Tonsillotomie und Adenotomie angewendet wissen, sondern nur, wo intra operationem eine stärkere Blutung erfahrungsgemäss zu fürchten ist. Natürlich wirkt es nicht bei allen Personen gleich. Grössere Nachblutungen hat er nicht gesehen, wenigstens nicht stärkere als sie nach der alleinigen Anwendung von Cocain gelegentlich auch auftreten.

- Die verschiedentlichen Erfahrungen der verschiedenen Beobachter sind vielleicht, wenigstens zum Theil, auf die Verwendung verschiedener Präparate zurückzuführen.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Zwei Tagesfragen:

a) Die Reaction nach intranasaler Anwendung von Nebennierenextract.

b) Gefahren bei subcutaner Paraffinprothese der Nase.

Die diesmalige Nummer bringt eine Reihe von Referaten über die therapeutische Verwendung des Nebennierenextracts (38—45), sowie über die Gersuny'-

schen Paraffin-Prothesen der Nase (38—45). Das Interesse, das beiden Methoden entgegengebracht, und die theilweise recht widerspruchsvollen Erfahrungen, über die berichtet wird, veranlassen den Herausgeber, den Briefkasten des Centralblatts zur Discussion folgender beider Fragen zur Verfügung zu stellen:

a) Ist die Reaction nach localer intranasaler Application des Nebennierenextrakts nicht grösser, als die anfängliche beabsichtigte Wirkung? — Was den Herausgeber dazu veranlasst, diese Frage zu stellen, ist folgende eigene Erfahrung: er hat wiederholt beobachtet, 1) dass, während nach der localen Application des Mittels, sowohl in der Form des getrockneten Extracts in Lösung, sowie in der des Adrenalinchlorids intranasale Operationen ganz oder fast ganz unblutig ausgeführt wurden, Nachblutungen — wenn auch nicht bedenklicher Natur — verhältnissmässig häufiger auftraten und länger anhielten, als sie ohne Anwendung des Mittels bei gleichen Operationen vorzukommen pflegen, und 2) dass bei intranasaler Application des Mittels (in Sprayform oder aufgepinselt) in Fällen von Rhinorrhoë, Heufieber, Coryza vasomotoria etc. nach einem 1—2 Stunden andauernden und von einem Gefühl absoluter Trockenheit begleiteten Aufhören der Secretion ein ganz unverhältnissmässig heftigeres erneutes Auftreten des Ausflusses zur Beobachtung kam als vor dem Gebrauch des Präparates stattgefunden hatte. — Die Anzahl seiner eigenen Beobachtungen ist nicht gross genug, dass er sich ein abschliessendes Urtheil erlauben möchte, doch muss er bekennen, dass sich sein Eindruck: dass die Reaction stärker ist, als der Initialeffect — constant steigert. — In der Sitzung der Londoner laryngologischen Gesellschaft vom 7. März 1902 wurden ähnliche Bemerkungen von St. Clair Thomson und Cresswell Baber gemacht, und es scheint wünschenswerth, dass über diese Frage weitere Erfahrungen kundgegeben werden.

b) Ist das Auftreten von Oedem und **bleibender** Infiltration der Augenlider nach subcutaner Paraffinprothese der Nase ein isolirtes Ereigniss, oder öfters beobachtet worden?

Die Veranlassung zur Aufstellung dieser Frage giebt ein am 10. Januar 1902 in der Londoner laryngologischen Gesellschaft demonstrirter Fall. Einem 25jährigen Mädchen war wegen hochgradiger (wahrscheinlich syphilitischer) Sattelnase eine Paraffin-Vaselinprothese der Nase nach Gersuny gemacht worden. Das kosmetische Resultat war, soweit die Nase selbst betroffen ist, vorzüglich; wenige Tage nach der Operation aber wurden die oberen Augenlider ödematös. Der Grad der Infiltration schwankte seitdem nach dem gegebenen Bericht von Tag zu Tage. (Die Patientin wurde acht Tage nach der Operation vorgestellt.) Im linken oberen Augenlide war ein Knötchen von der Grösse eines starken Schrotkorns zu fühlen. Es war auf dasselbe incidirt worden, doch war es nicht möglich gewesen es zu entfernen. —

So bereitwillig der Herausgeber das schöne Resultat anerkannte, das hinsichtlich der Verbesserung der Form der Nase erzielt war, so schien ihm dasselbe schon damals mit Berücksichtigung der durch die schweren gedunsenen Augenlider gesetzten Entstellung ziemlich theuer erkauft. Wie er aber kürzlich gehört hat, war der Infiltrationsprocess in den Augenlidern leider zur Zeit der Demonstration noch nicht zum Abschluss gekommen, sondern hat sich seitdem so gesteigert, dass etwa ein Jahr nach der Operation beide Augen fast vollkommen verschlossen waren. Ob seither eine Besserung eingetreten ist, weiss er nicht zu sagen; jedenfalls aber sind die Folgeerscheinungen in diesem Falle so schwere und fortwirkende gewesen, dass es, zumal mit Berücksichtigung der auch von anderer Seite berichteten transitorischen Oedems (Referate 38 und 44 dieser Nummer), recht wünschenswerth erscheint zu erfahren, ob auch von anderer Seite dauernde und schwerere, resp. spät auftretende Störungen in der Nachbarschaft der Injectionsstelle beobachtet worden sind.

Der Herausgeber.

British Medical Association.

70. Jahresversammlung, Manchester.
29. Juli bis 1. August 1902.

Programm der laryngologischen Section.

Old Physics Theatre (No. 6) (Arts Side), also Dark Room and Waiting Room adjoining.

President: Alexander Hodgkison, M. B. Vice-Presidents: Edward Law, M. D.; Siegmund Moritz, M. D.; George Walter Ridley, M. D. Honorary Secretaries: Eugene Stephen Yonge, M. D., 3, St. Peter's Sqare, Manchester; Charles J. Heath, F. R. C. S., 3, Cavendish Place, W.

The following discussions have been arranged:

1. The Diagnosis and Treatment of Foreign Bodies in the Upper Air Passages and Gullet. To be opened by Professor Killian (Freiburg) and Dr. John Macintyre. The following gentlemen will take part in the discussion; Dr. Barclay Baron, Dr. Walker Downie, Mr. T. Mark Hovell, Dr. S. Marsh, Mr. Thelwall Thomas, Dr. Ernest Waggett, and nthers.

2. The Ultimate Results of Radicals Operations on the Maxillary and Frontal Sinuses. To be opened by Dr. Lermoyez (Paris) and Dr. Herbert Tilley. The following gentlemen will take part in the discussion: Professor Killian, Dr. Barclay Baron, Mr. T. Mark Hovell, Dr. Lambert Lack, Dr. P. McBride, Dr. Arthur Orwin, Dr. Frederick Spicer, Dr. Scanes Spicer, Mr. Thelwall Thomas, Dr. St. Clair Thomson, Dr. Ernest Waggett, and others.

3. A joint discussion with the Section of Otology will take place on The Etiology and Treatment of Ethmoidal and Sphenoidal Suppuration. To be opened by Dr. Grünwald (Munich) and Dr. H. Lambert Lack. To following gentlemen will take part in the discussion: Dr. Barclay Baron, Dr. N. C. Haring, Mr. T. Mark Hovell, Dr. Samuel Lodge, Dr. P. MacBride, Dr. Greville MacDonald, Dr. Frederic Spicer, Dr. Ernest Waggett, Dr. Watson Williams, and others.

The following papers are announced:

Grünwald, L., M. D. On the Present State of the Ozaena Question.

Haring, N. C., M. B. The Correlation of Diagnosis and Treatment in Chronic Laryngitis.

Kelly, A. Brown, M. B. Bromide of Ethyl Anaesthesia in Operations the Throat.

MacDonald, Greville, M. D. The Operative Cure of Laryngeal Papilloma.

Onodi, Professor (Budapest). Demonstration of Photographs of Preparations relating of the Connexion of the Isolated Respiratory Fibres of the Recurrent with the Sympathetic and the Cardiac Nerves.

Pegler, L. Hemington, M. D. 1. Moure's Operation for Deflected Septum. 2. Functional Abeyance of Nasal Breathing in the Absence of Nasal Obstruction.

Spicer, Scanes, M. D. Paraffin Wax Injections in Treatment of Saddle-Nose.

Thomson, St. Clair, M. D. The Use and Abuse of the Galvano-Cautery.

Professor Killian has also kindly promised to give a Practical Demonstrated of his Methods of Bronchoscopy and Oesophagoscopy.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, August. 1902. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals.

1) **Jonathan Wright. Hals und Nase in der Geschichte der Medicin. (The nose and throat in the history of medicine.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Einleitung zu einer Serie von Aufsätzen über diese specielle Frage.

EMIL MAYER.

2) **Bataew. Fall von paariger congenitaler unvollständiger äusserer Fistel des Halses bei einem erwachsenen Manne in Verbindung mit der Frage nach den sog. Kiemenspalten. (Slutschai parnawo wroshdennawo nepelnawo raruschnawo swischtscha u wsroslawo muschtschini w swjasi s woprosom o. A. nas. shaternich schtscheljach.)** *Rusk. Wratsch. 1902. 489.*

Die lange Ueberschrift enthält beinahe schon die Beschreibung. Die Fistelgänge begannen am unteren Theile des Halses und gingen aufwärts. Der Autor behandelt die Entwickelung der Fistelgänge ausführlich. Zu einem Referat nicht sehr geeignet.

P. HELLAT.

3) **Conchet René. Macroscopie der Thymusdrüse beim Kinde. (Macroscopie du thymus chez l'enfant.)** *Bull. et Mém. Soc. anat. Paris. Année 76. Sér. 6. Tome 6. No. 5. p. 369—370.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

4) **Hannan N. Bishop. Ueber Thymus cervicalis und Thymus accessorius. („Socia thymi cervicalis" and Thymus accessorius.)** *Journ. of Anat. and Physiol. Vol. 36. N. Ser. Vol. 16. Part. 1. p. 47—53.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

5) **Hirlet. Chirurgische Therapie eiternder Phlegmonen der vorderen seitlichen Halsgegend. (Thérapeutique chirurgicale des phlegmons suppurés de la région antéro-latérale du cou.)** *Archives Med. Belges. November 1901.*

Beschreibung der Operationsmethoden zur Eröffnung der verschiedenen Halsabscesse: der Regio subhyoidea, inframaxillaris, der r. carotidea und clavicularis,



ferner der R. parotidea; sodann Besprechung der Tonsillar- und schliesslich der Retropharyngealabscesse mit einer anatomischen Einleitung und Hervorhebung der wichtigsten anatomischen Anhaltspunkte.

BAYER.

6) **Carl Beck. Zur Behandlung tuberculöser Halsdrüsen.** *New Yorker Medicinische Monatsschrift. November 1901.*

Wo immer ein Verdacht auf tuberculöse Drüsen besteht, wird die Exstirpation vorgenommen. Wenn die Drüsen nicht vereitert sind, wird die Wunde in toto vereinigt. Wenn im Drüseninneren eine Vereiterung vor sich geht, so ist die Prima intentio ebenfalls anzustreben, falls es gelingt, die Drüse zu entfernen, ohne dass ihr Inhalt mit der Wunde in Berührung tritt. Bei ausgedehnter Vereiterung, und wo Beschmutzung der Wunde nicht zu umgehen ist, wird die Jodoformgazetamponade gewählt. Die Auskratzung muss manchmal wiederholt werden. Nach erfolgter Heilung wird 1 mal wöchentlich 1 bis 4 g Jodoform-Glycerinemulsion unter den hinteren Rand des Sternocleido-mastoideus langsam injicirt.

EMIL MAYER.

7) **A. W. Morton. Ueber die Entfernung eines Lipoms in der Halsgegend unter Spinalanaesthesie. (Report of a lipoma removed from the cheek under medullary narcosis.)** *Philadelphia Medical Journal. 6. Juli 1901.*

Eine halbe Stunde vor der Cocaininjection erhielt der Patient 0,015 Morphium und 0,08 Strychnin subcutan.

Die Injection wurde unterhalb des zweiten Lendenwirbels vorgenommen und 20 Tropfen einer 2proc. Cocainlösung so schnell als möglich injicirt. Die Analgesie in den unteren Extremitäten war innerhalb von 3 Minuten eine vollständige und erstreckte sich nach 10 Minuten bis in die Finger und in 12 Minuten bis zum Kopf hinauf. Der Tumor wog blutfrei fast 2 Pfund. Gleichzeitig wurden Haemorrhoiden mit dem Thermokauter entfernt. Der Pat. war während der ganzen Operation schmerzfrei. Kurz vor der Operation trat ein leichter Brechreiz ein, ohne dass es zum Erbrechen kam. Pat. litt in keiner Weise an Shokerscheinungen und befand sich zu Ende der Operation besser als im Anfang derselben.

EMIL MAYER.

8) **W. W. Keen. Ligatur der Carotis externa. (Ligatures of external carotid.)** *Journal American Medical Association. 22. Juni 1901.*

Im ersten der mitgetheilten Fälle handelt es sich um einen 22jährigen Patienten mit hypertrophischen Tonsillen, die mit dem Tonsillotom entfernt wurden. Bei der Operation trat keine besondere Blutung auf, aber 3 Stunden darnach eine profuse Nachblutung, die die Ligatur der Carotis externa erforderlich machte.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Kranken, bei dem vor etlichen Jahren Nasenpolypen entfernt worden waren, und der jetzt an hypertrophischen Processen am Septum litt. Es wurde Curettement gemacht, wobei eine starke Blutung von etwa 600 ccm Blut auftrat. Trotz fester Tamponade der Nase dauerte die Blutung fort. Fast alle bekannten Styptica wurden erfolglos angewandt: Cauterisation, Trichloressigsäure, Gazetamponade, Adrenalin u. dergl.; die Blutung

dauerte mehrere Wochen lang fort und Pat. hatte wohl Alles in Allem bereits 3600 g Blut verloren. Schliesslich wurde dann als letztes Auskunftsmittel die Unterbindung der Carotis externa vorgenommen und damit stand die Blutung momentan.

Die Heilung erfolgte in beiden Fällen prompt. EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **J. Townsend. Die Aetiologie der Nasenpolypen. (Etiology of nasal polypy.)** *N. Y. Medical Record. 23. November 1901.*

Der Standpunkt, dass Polypen immer eine Erkrankung des unterliegenden Knochens bedeuten, ist der veralteten Gewohnheit, immer alle nachwachsenden Polypen abzuschneiden, wodurch der Patient zwar vorübergehend von der mechanischen Verstopfung der Nase erleichtert wird, aber sicher Recidive bekommt, weit vorzuziehen. In vielen Fällen kann man die erkrankte Stelle des Knochens auffinden und entfernen und damit eine Radicalheilung bringen, denn das Recidiv rührt nur davon her, dass das erkrankte Gewebe unvollkommen excidirt worden ist, nicht aber davon, dass es eine besondere Neigung zur Reproduction hätte. Die Beziehungen der polypösen Erkrankungen und der Eiterung in den Nebenhöhlen sind noch nicht aufgeklärt; diese stehen aber wahrscheinlich in einem ursächlichen Verhältniss, indem entweder die eine Erkrankung eine active Rolle spielt oder indem sie beide gleicherweise auf einer Erkrankung des Knochens beruhen. LEFFERTS.

10) **Blanchard. Ein Protozoon in Nasenpolypen. (Un protozeaire dans des polypes du nez.)** *Académie de Médecine. 13. November 1900.*

Verf. bespricht die Dissertation von Sleber (Buenos-Ayres) über gewisse Nasenpolypen, verursacht durch einen noch unbekannten Parasiten, wahrscheinlich ein Sporozoon von der Species der Coccidien. PAUL RAUGÉ.

11) **Cozzolino. Zum parasitären Ursprung der Nasenpolypen. (A proposito della origine parasitaria dei polipi nasali.)** *Bollet. d. malatt. dell'orecchio. Februar 1901.*

Verf. erinnert — Bezug nehmend auf eine jüngst erschienene Arbeit von Sleber (Buenos-Ayres) über denselben Gegenstand — in einem an den Herausgeber des Bulletins gerichteten offenen Brief daran, dass er selbst (Supplemento el Policlini 10. Rom 1897) und sein Schüler Barrajo-Cierella (Fränkel's Archiv. Bd. 10. Heft 3) über das Vorkommen von Blastomyceten (Oder Fuchsinkörperchen? Ref.) in Nasenpolypen berichtet haben. FINDER.

12) **Lorenzo B. Lockard. Der Schleimhautpolyp, seine Ursache und Heilung. (The mucous polyp its causation and cure.)** *Toledo Medical Surgical Reporter. December 1901.*

Cauterisation richtet nur Schaden an; wenn die Polypen recidiviren, ist die Entfernung der mittleren Muschel am Platze. EMIL MAYER.

13) **Treitel** (Berlin). **Ueber Verbreiterung der knöchernen Nase durch gutartige Nasenpolypen.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. XII, 1. p. 137. 1901.*

Beschreibung und Abbildung des Patienten. Die Nase ist an ihrer grössten Weite im knöchernen Theil 5,75 cm breit (bei $11^1/_2$ cm Gesichtsbreite an den vorspringendsten Punkten der Jochbogen). Die knorpelige Nase ist schmäler, die Enden der Nasenflügel sind nur 4 cm von einander entfernt. Die Distanz der Augenhöhlen ist $4^1/_2$ cm (gegen ca. 3 cm normale Distanz), die Breite der Nasenwurzel ist annähernd verdoppelt.

F. KLEMPERER.

14) **Eberle** (Konzenberg). **Ueber die Veränderungen des Oberflächenepithels über schwellbaren Polypen.** *Dissert. Würzburg. 1901.*

Die an grösstentheils den ödematösen Fibromen der Nase zugehörigen Polypen angestellten histologischen Untersuchungen gingen darauf aus, festzustellen, auf welche Weise sich das Oberflächenepithel gewisser, bedeutenden Volumenschwankungen unterworfenen Polypen diesen letzteren anpasst, ohne in seiner Continuität irgendwie gelöst zu werden.

SEIFERT.

15) **J. R. Currie. Ein ungewöhnlich grosser Nasenpolyp, (A nnusually large nasal polyp.)** *Proceedings Pathological Society of Philadelphia. 1. April 1901.*

Der Polyp war $2^1/_2$ cm lang und 2 cm breit bei $1^1/_2$ cm Dicke.

EMIL MAYER.

16) **Jonathan Wright. Der nichtmyxomatöse Charakter der Nasenpolypen. (The non-myxomatous character of nasal polypy.)** *N. Y. Medical Record. 26. Januar 1901.*

Verf. hat nach seiner Publication im Jahre 1893 über die Structur der Nasenpolypen einen Brief von Chiari erhalten, der ihn darauf aufmerksam machte, dass er bereits im Jahre 1887 auf Grund einer histologischen Untersuchung an 23 Nasenpolypen, polypösen Hypertrophien und Papillomen zu dem Schluss gekommen sei, dass es sich auch bei Nasenpolypen nur um seröse Infiltrationen einer hypertrophischen Mucosa handelte. Diese Rückkehr zur früheren Auffassung der Nasenpolypen ist der einzig mögliche Weg zur Erklärung und nothwendige Vorbedingung zum Verständniss fast aller intranasaler Krankheitsprocesse. Trotzdem Verf. seine zahlreichen Beobachtungen über diesen Gegenstand publicirt hat, erscheinen immer noch Publicationen genug, die die Nasenpolypen als myxomatöse Geschwülste betrachten. Verf. betont daher nochmals seinen Standpunkt.

LEFFERTS.

17) **M. Broeckaert. Ueber die Umwandlung von Schleimhautpolypen der Nase in Sarcom. (Sur la transformation des polypes muqueux des fosses nasales en tumeurs sarcomateuses.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 24. 5. Juni 1901.*

Verf. hat bei einem 72jährigen Kranken die Umwandlung eines Schleimhautpolypen in ein Lymphangiosarcom oder Endotheliom, das sich in den Lymphbahnen entwickelte, beobachtet. Er beschreibt diese Art von Tumor und betont, dass sie niemals zu Metastasen in den Lymphdrüsen führen.

MOURE.

18) P. **Heymann** (Berlin). **Osteom der Nase.** *Berl. klin. Wochenschrift. 1901. No. 5 und 10.*

Demonstrationen eines Nasenosteoms bei einem 13jähr. Knaben vor und nach der Operation in der Berl. med. Gesellschaft vom 16. 1. und 20. 2. 1901.

SALOMON (ZARNIKO).

19) **W. W. Pearson. Angiom der Nase. (Angioma of the nose.)** *Sowa Medical Journal. 15. Jannar 1901.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

20) **H. L. Wagner. Angioma cysticum der Nase. (Angioma cysticum of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 16. März 1901.*

Mittheilungen mikroskopischer Untersuchungsbefunde an zwei Fällen.

LEFFERTS.

21) **Richmond M. Kinney. Zwei seltene Fälle von Nasentumor. (Two uncommon cases of nasal tumors.)** *Journal American Medical Association. 22. März 1901.*

Es handelt sich um eine Cyste der unteren Muschel und ein cystisches Fibrom bei einem 12jähr. Knaben.

EMIL MAYER.

22) **J. E. Newcomb. Angiofibrom der Nase. (Angio-fibroma of the nose.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Verf. demonstrirt eine Abbildung von einem seiner Fälle, einem 21jährigen jungen Manne, welcher seit 7 Monaten an Erscheinungen von einfacher Verstopfung der Nase litt. Bei der ersten Untersuchung schien es sich um einen gewöhnlichen Polypen zu handeln, der von der mittleren Muschel herabhing. Bei dem Versuch, die Geschwulst mit der kalten Schlinge zu entfernen, brach die Schlinge, und erst bei nachfolgendem Versuch konnte ein kleines Stück des Tumors entfernt werden, wobei eine profuse Blutung auftrat.

EMIL MAYER.

23) **W. Lincoln. Bericht über einen Fall von Fibrom der Nase. (Fibroma of the nose with report of a case.)** *American Journal Medical Sciences. November 1901.*

Das Interessante an diesem Fall liegt in der verhältnissmässigen Seltenheit von derartigen Tumoren in der Nase, ohne gleichzeitige Betheiligung des Nasenrachenraums, sowie in dem günstigen Resultat durch gründliche operative Entfernung.

EMIL MAYER.

24) **J. C. Dremming. Enormer postnasaler Tumor mit galvanocaustischer Schlinge entfernt. (Post nasal tumour of enormous size. Its removal with the galvano-cautery snare.)** *International Journal of Surgery. August 1901.*

Es handelt sich um ein Fibro-adeno-lymphom.

EMIL MAYER.

25) **H. S. Birkett. Bericht über zwei Fälle von Dermoidcyste der Nase. (Report of two cases of dermoid cyst of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Januar 1901.*

Verf. theilt zwei Fälle dieser verhältnissmässig seltenen und interessanten Affection mit.

LEFFERTS.

26) **Alexander W. Mac boy. Bemerkungen über Osteophyten der Nasenkammern. (A note on osteophytes of the nasal chambers.)** *The American Journal of the Medical Sciences. Februar 1902.*

Verf. zieht folgende Schlussfolgerungen:

1. In Narkose können unter Leitung des eingeführten kleinen Fingers zuweilen gewisse fremdartige knöcherne Bildungen der Nasenwege gefunden werden.

2. Diese Knochenmassen sind wegen ihrer anatomischen Structur als Osteophyten zu bezeichnen.

3. Osteophyten sind klinisch wenig bekannt und bedürfen noch eingehenderen Studiums.

4. In Operationen wegen Septumverkrümmungen kann ihre Gegenwart an mangelhaftem Operationserfolg Schuld sein.

5. Osteophyten sind von lockerer Structur und lassen sich leicht mit geeigneten Instrumenten entfernen.

EMIL MAYER.

27) **Emil Mayer. Intranasaler Tumor. (Intranasal tumor.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Es handelt sich um einen Kranken mit enormer intranasaler Geschwulst, die als Myxosarkom diagnosticirt wurde. Das ganze Oberkieferdach war davon eingenommen und das Nasengerüst auf die Seite gedrängt. Es wurde zuerst Tracheotomie gemacht, dann die Nase von hinten tamponirt, die Lippe gespalten und über die Wange zurückgeschlagen, und so Zugang zu dem Tumor geschaffen. Derselbe wog nach seiner Herausnahme 117 g. Die mikroskopische Untersuchung ergab papilliformes Adenom. Die Blutung wurde sorgfältig gestillt; der Kranke hatte seit 25 Jahren an Nasenpolypen gelitten und die Geschwulst war erst in den letzten $1^1/_2$ Jahren so schnell angewachsen.

Autoreferat.

28) **F. Rueda** (Madrid). **Riesentuberkulom der Nasenhöhlen. (Tuberculoma gigante de las froas nasales.)** *Archives Latinos de Rinol., Laringol., Otolog. No. 115. 1902.*

Genanntes Tuberculom, als solches histologisch untersucht, hatte die Grösse einer Mandarine und wog 35 g. Die Exstirpation desselben konnte nur in mehreren Sitzungen erfolgen wegen der starken Blutung, die beim jedesmaligen Anlegen der Schlinge eintrat. Patientin, eine Frau vom Lande, hatte keine anderen Anzeichen von tuberculöser Erkrankung. Das Tuberculom hatte sich demnach ganz primitiv entwickelt.

R. BOTEY.

29) **P. L. Peláez** (Granada). **Globo-celluläres Sarkom der rechten Riechspalte. (Sarcoma globo-celular de la trendedura olfatoria deruba.)** *Boletin Medico Escolar de Granada. No. 1. 1900.*

Im genannten Falle handelte es sich um ein Neoplasma der Pars olfactoria der rechten Nasenhöhle, welches sich bis zu dem Stirnsinus hinauf erstreckte. Die Exstirpation desselben führte Verf. nach dem Olliver'schen Verfahren aus.

R. BOTEY.

30) **Robert H. Craig. Sarkom der Nasenscheidewand. (Sarcoma of the nasal septum.)** *Montreal Medical Journal. Juni 1901.*

Die Geschwulst wurde operativ entfernt. Bei der Untersuchung erwies sie sich als Myxom mit mässiger Erweiterung der Lymphwege und deutlichen Anzeichen sacomatöser Entartung.

EMIL MAYER.

31) **Dunbar Roy. Ein Fall von Nasensarcom. (A case of nasal sarcoma.)** *Journal Americean Medical Association. 10. August 1901. Atlanta Journal-Record of Medicine. Januar 1902.*

Verfasser berichtet über einen Fall, bei welchem die Unterbrechung der Blutversorgung durch Unterbindung der äusseren Carotiden versucht wurde, aber ohne dauernden Erfolg; der Patient starb 7 Monate nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen. Der Tumor hatte mit Verstopfung der Nase eingesetzt. Schwerere Blutungen bei der Anwesenheit irgend einer Geschwulst in der Nasenhöhle müssen immer nach der Ansicht des Verfassers schlimmen Verdacht erwecken und möglichst frühzeitig radikal entfernt werden. Er verwirft das Curettement, da es gutartige Tumoren in bösartige verwandeln kann. (? Red.) Toxine tragen zur Zerstörung der Geschwulst bei, jedoch wurde ihre Anwendung nicht dauernd durchgeführt.

EMIL MAYER.

32) **Stanley S. Cornell. Fall von Angiosarcom der Nase. (A case of angiosarcoma of the nose,)** *N. Y. Medical Journal. 24. August 1901.*

Ausführliche Beschreibung eines Falles.

LEFFERTS.

33) **P. E. Newcomb. Vier Fälle von Tumor. (4 cases of Tumors.)** *N. Y. Medical News. 26. October 1901.*

Es handelt sich um Tumoren in der Nase: Osteo-Sarkom der unteren Muschel, echtes Papillom der Nasenscheidewand, Angio-Fibrom der Nase und des Halses, weiter um einen Tumor des Halses, nämlich den seltenen Fall von Sarkom der Bronchialspalte, teleangiektatischer Natur mit hyaliner Degeneration und hyperplastischen Lymphdrüsen. Die Fälle sind in extenso und mit Illustrationen erläutert.

LEFFERTS.

34) **C. Ziem. Die Aetiologie der malignen Tumoren. (The etiology of malignant tumors.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1901.*

In den drei mitgetheilten Fällen sowohl, wie in anderen Beobachtungen aus der Literatur kommt ätiologisch schweres Trauma, direkter oder indirekter Art, ferner das Bestehen eitriger Katarrhe leichteren oder schweren Grades in Betracht.

EMIL MAYER.

35) **Mantegazza. Histologische, bacteriologische und experimentelle Untersuchungen über das Rhinosclerom. (Ricerche istologiche, batteriologiche e sperimentalis sul rinoscleroma.)** *Lo Sperimentale. Heft III. 1901.*

Aus der inhaltreichen und ausführlichen Arbeit sei besonders der Theil hervorgehoben, in welchem Verf. sich mit den Ergebnissen seiner Uebertragungsversuche an Meerschweinchen und Kaninchen beschäftigt. Er hat die Versuchsthiere sowohl mit Reinkulturen des Rhinosklerombacillus als auch mit den Stoff-

wechselprodukten desselben geimpft; beide erwiesen sich als virulent. Es ist dem Verf. jedoch ebensowenig, wie Anderen gelangen, das Resultat Stepanow's und Pawlowski's zu erzielen, d. h. ein Granulom vom Bau des Rhinoskleroms bei den Versuchsthieren zu erzeugen. Dagegen konstruirt Verf. eine Parallele zwischen den von ihm bei den Thieren gefundenen Organveränderungen und den histologischen Veränderungen beim Rhinosklerom, um auf eine Identität des in beiden Fällen wirksamen Mechanismus hinweisen zu können.

FINDER.

36) **Leblanc. Schnüffelkrankheit der Schweine und Rhinosclerom. (Maladie du reniflement du porc et rhinesclérome.)** *Société des Sciences de Lyon. 27. Februar 1901.*

Im Anschluss an eine Mittheilung von Dor, der Beziehungen zwischen der Schnüffelkrankheit des Schweines und dem Rhinosklerom betonte, hat Leblanc aus dem Gewebe erkrankter Schweine Culturen angelegt und einen dem Rhinosklerombacillus ähnlichen daraus züchten können.

PAUL RAUGÉ.

37) **H. Jarecky. Rhinosclerom. (Rhinoscleroma.)** *N. Y. Medical News. 16. März 1901.*

Es handelt sich um einen 32jährigen Patienten, der von Geburt Russe war und seit 11 Jahren in den Vereinigten Staaten lebte. Die Larynxstenose war das einzige Krankheitssymptom, und die Behandlung mit Schrötter'schen Tuben brachte Erleichterung, wenngleich auch noch ein gewisser Grad von Dyspnoe bestehen blieb. Die Erkrankung begann an dem unteren Theile der Uvula und des weichen Gaumens, verbreitete sich dann über Mund, Nasenrachenraum, Pharynx, Larynx und Trachea. Der Process scheint in den oberen Partien zum Stillstand zu kommen, sich dagegen in Larynx und Trachea weiter zu entwickeln.

Dieser Fall wird als Rhinosklerom mitgetheilt, sollte jedoch nicht unter diesem Namen geführt werden als Beispiel für eine derartige in Amerika ausserordentlich seltene Erkrankung. Denn als er demonstrirt wurde, erklärten kompetente Autoren denselben für tertiäre Syphilis. Die Diagnose des Verfassers gründet sich vornehmlich darauf, dass eine sehr milde antisyphilitische Behandlung ohne Einfluss auf die Lokalerkrankung blieb und dass der Patient gesunde Kinder habe (die Verf. übrigens nie gesehen hat): — etwas schwächliche Stützen in diagnostischer Hinsicht.

LEFFERTS.

38) **Charles W. Allen. Rhinosclerom. (Rhinoscleroma.)** *Journal American Medical Association. 14. December 1901.*

Verf. berichtet über 2 Fälle und verbreitet sich über die verschiedenen Terminologien der Erkrankung, wobei er für Beibehaltung der Bezeichnung Rhinosklerom eintritt. Die Erkrankung muss wahrscheinlich als infektiöses Granulom bacillären Ursprunges angesehen werden. Im letzten seiner Fälle wurde von Frisch's Kapselbacillus in reichlichen Mengen gefunden und cultivirt. Er besitzt eine auffallende Aehnlichkeit mit dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus, wie das schon mehrfach von Untersuchern hervorgehoben wurde.

EMIL MAYER.

39) **Ball. Endotheliom der Nase. (Endothelioma of the nose.)** *British Medical Journal. 9. März 1901.*

Es handelt sich um ein Endotheliom, das bei einer jungen Frau entfernt wurde.

WAGGETT.

40) **Newboll** (Liverpool). **Abtragung eines carcinomatösen Polypen der Nase. (Sections of a carcinomatous polypus of the nose.)** *Liverpool Med. chir. Journal. März 1901.*

Der Tumor entsprang von der Muschel und hatte seinen Ausgangspunkt wahrscheinlich in den Schleimdrüsen. Er war bereits mehrfach mit scharfer Zange operativ entfernt worden. Nachdem er auch in die Kieferhöhle hineingewuchert war, musste der Oberkiefert resecirt werden. Die Heilung verlief glatt, trotzdem der Patient 62 Jahre alt war.

JAMES DONELAN.

41) **E. Maljutin. Die bösartigen Neubildungen der Nasenhöhle und ihre chirurgische Behandlung. (Slokatsch nowoobiasow polosti nosa i ich chirurg letzchenie.)** *Moskau 1901.*

Die Monographie enthält 333 Gross-Oktavseiten. Die Literaturangabe beläuft sich auf 148 Nummern. Sie ist wohl wahrscheinlich das Vollständigste, was auf diesem Gebiete bisher zusammengestellt worden ist. Sie beginnt natürlich mit Hippocrates und reicht bis in die letzten Tage. Die Besprechung der Literatur ist wohl auch das vollständigste Kapitel in der Arbeit.

Den Kernpunkt der Arbeit bildet jedoch das Material, welches der Autor mit grossem Fleisse gesammelt hat, und zwar aus den Archiven der 6 Moskauer Krankenhäuser, einen Zeitraum von 20—40 Jahre umfassend.

Das Material ist übersichtlich in Tabellenform geordnet. Im Ganzen gelang es dem Autor, 125 Fälle zu sammeln. Von diesen fielen auf Sarkome 62, Fibrosarkome 11, Myxosarkome 2, Cystosarkome 1, Osteosarkome 2, Myxofibrome 2, Carcinome 17, Angiome 1, Osteome 1, Myxome 1, Fibrome 21, Fibromyxome 3, unbekannt 2. 91 kommen auf das männliche, 34 auf das weibliche Geschlecht. Von Sarkomen entfiel das Gros auf das 2. und 4. Decennium.

Die Geschwülste in der Nasenhöhle beginnen sehr allmälig. Darauf weist die Thatsache hin, dass die meisten Patienten ärztliche Hülfe erst 2 Monate bis 1 Jahr nach dem Beginn aufsuchen. Hauptsymptome sind: Verlegtsein der Nase, Blutungen, Schwellung des Gesichts, Fremdkörpergefühl und Schmerzen.

Von eigenen Beobachtungen werden 5 mitgetheilt.

Etwas zusammenhanglos mit dem Ganzen ist das IV. Capitel, bestehend aus der Beschreibung der Topographie der Nase.

Was nun die Schlussfolgerungen des Autors anbelangt, so sind sie folgende: Den Ausgangspunkt für bösartige Geschwülste bildet am häufigsten die Highmorshöhle. Von 62 Sarkomen begannen hier 17 und von 17 Carcinomen 10. Selten bildet den Ausgangspunkt das Septum.

Auch Fibrome recidiviren und verunstalten das Skelet, sind daher zu den bösartigen Geschwülsten zu zählen. Als einziges ätiologisches Moment, welches nach des Autors Meinung einiges Vertrauen verdient, gilt die Reizung.

Bei den Geschwülsten der Nase fällt nicht immer die klinische Bösartigkeit mit der histologischen zusammen.

Die Prognose ist nicht so schlimm, wie gewöhnlich angenommen wird. Man sollte nicht zu frühzeitig das Verdictum „inoperabilis" fällen.

Die einzige Möglichkeit, Geschwülste zu bekämpfen, besteht in der chirurgischen Behandlung.

Zum Schluss wird noch eine eigene osteoplastische Operationsmethode, die darin besteht, dass die ganze Nase mit der Scheidewand umgeklappt wird, angegeben. Die Uebersicht soll eine gute und eine Freilegung aller Höhlen von hier sehr zugänglich sein.

P. HELLAT.

42) **B. Ricra** (Palma). **Klinische Casuistik — Fremdkörper in den natürlichen Gängen. (Casuistica clinica — Cuerpos extrannes en los conductos naturales.)** *Revista Balcar de Ciencias Medicas. No. 415. 1900.*

Unter anderen Fällen von Fremdkörpern berichtet Verf. von einem kleinen Pflaumenkern, welcher sich im mittleren Nasengange festgesetzt hatte. Die Patientin — ein 12jähriges Mädchen — zeigte seit 5 oder 6 Monaten eine Verstopfung der rechten Nasenhöhle.

R. BOTEY.

43) **Decoly. Fremdkörper in den Nasenwegen. (Des corps étrangers des fosses nasales.)** *Dissertation. Imprimerie du midi. Bordeaux 1901.*

Ausführlicher Ueberblick über den derzeitigen Stand dieser Frage unter hauptsächlicher Berücksichtigung der Verletzungen, die durch die Gegenwart von Fremdkörpern verursacht werden, der Symptomatologie und der Behandlung. Verfasser hält sich an die in der rhinologischen Klinik zu Bordeaux geübte Technik. Im Anschluss an seine Ausführungen bringt er die Beobachtung von 15 neuen Fällen.

E. J. MOURE.

44) **Percy Fridenberg. Fremdkörper in Nase und Ohr. (Foreign bodies of the nose and ear.)** *N. Y. Medical Record. 21. September 1901.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

45) **John M. Ingersoll. Grosser Rhinolith. (A largo rhinolith.)** *Cleveland Journal of Medicine. April 1901.*

Das Septum wich nach links ab und verursachte dadurch eine Erweiterung der rechten Nasenhälfte, welche im Uebrigen normal war. Linkerseits war der Naseneingang von einem zackigen Rhinolithen eingenommen, der die Untersuchung der linken Nasenhälfte unmöglich machte. Durch die Rhinoskopia posterior ergab sich, dass der Rhinolith bis zum hinteren Ende der unteren Muschel herunterreichte. Er ward nach und nach in 4 Sitzungen entfernt.

EMIL MAYER.

46) **Carl Lee Felt. Ueber Rhinolithen. Bericht über zwei diagnostisch interessante Fälle. (Rhinolith with report of 2 cases of diagnostic interest.)** *International Medical Magazine. April 1901.*

In einem der Fälle bestand Syphilis und Verf. ist der Ansicht, dass der

Ausgangspunkt der Erkrankung nekrotischer Knochen war. Im zweiten Fall bestand der Kern des Rhinoliths aus Löschpapier.

EMIL MAYER.

47) **J. Whitefield Smith. Rhinolithen. (Rhinoliths.)** *Illinois Medical Journal. December 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

48) **S. S. Bishop. Rhinolithen. (Rhinoliths.)** *Laryngoscope. Januar 1902.*

Bericht über einen Fall. Der Stein wog $4^1/_2$ g.

EMIL MAYER.

49) **Bruck** (Berlin). **Zur Prüfung der Luftdurchgängigkeit der Nase.** *Therapie der Gegenwart. September 1901.*

Br. macht darauf aufmerksam, dass nicht nur die exspiratorische Nasenfunction (Spiegelprobe, Glatzel), sondern auch das inspiratorische Athmungsgeräusch bei der Prüfung der Luftdurchgängigkeit der Nase untersucht werden müsse.

SEIFERT.

50) **Lamb** (Birmingham). **Bemerkungen zur Diagnose von Verstopfung der Nase. (Remarks on the diagnosis of nasal obstruction.)** *Birmingham Mea. Rev. Vol. XLIX. Januar u. Februar 1901.*

Gründliche Symptomatologie und Pathologie dieser Anomalie. Sonst nichts Neues.

JAMES DONELAN.

51) **De Wett Connell. Einige diagnostische Gesichtspunkte bei häufigeren Formen von nasaler Obstruction und ihre Radicalheilung. (Some points on the diagnosis of the more common formes of nasal obstruction and their radical relief.)** *Medical Senticl. Mai 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

52) **Norburne B. Tenknis. Obstruction der Nase. Mundathmung. Katarrh. Dilatation. (Nasal obstruction. Mouth breathing. Catarrh. Dilators.)** *N. Y. Medical News. 23. Februar 1901.*

Zahlreiche Obstructionen müssen durch constanten Druck behandelt werden. Nach der Ansicht des Verf. sind dabei Dilatatoren von gefaltetem Schreibpapier ($^1/_2$: 2—3 Zoll) am wirksamsten. Gegen die Mundathmung in der Nacht empfiehlt Verf. die Verwendung eines Contrarespirators mehr aus dem Grund, um die Aufmerksamkeit des Patienten darauf zu richten, denn als richtiges Verschlussmittel des Mundes. Er betont dabei, dass bei einer grossen Zahl von Mundathmern die Muskeln, welche den Mund geschlossen halten sollen, atonisch geworden sind und eine derartige Nachhülfe nöthig haben.

LEFFERTS.

53) **W. Peyre Porcher. Die Wirkung von Stenose der Nase auf Hals, Ohr und entferntere Organe. (The effect of nasal stenoses on the throat, ear, and organs as a distance.)** *N. Y. Medical Journal. 3. August 1901.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.



54) **A. C. Bardes. Obstruction der Nase und Erkrankungen des Ohres. (Nasal obstruction and ear diseases.)** *N. Y. Medical Record. 16. November 1901.*

Eine häufige Ursache für den mangelhaften Erfolg bei Behandlung von Ohraffectionen ist die Vernachlässigung der zu Grunde liegenden Erkrankung. Das wird von den modernen Specialisten so allgemein anerkannt, dass sie häufig anstatt sofort mit der Behandlung der Ohrerkrankung zu beginnen, zunächst Nase und Hals in Ordnung bringen; dadurch wird schon in zahlreichen Fällen die Gehörstörung beseitigt. Von grösster Bedeutung hierbei ist die Beseitigung von Obstruction der Nase. (Solche Behauptungen bedürfen der Beweise! Red.)

LEFFERTS.

55) **Frank A. Morrison. Die mechanischen Folgen von Obstruction der Nase. (Mechanical affects of nasal obstruction.)** *Indian Med. Journal. März 1901.*

Besprechung der Athmungsstörungen bei behinderter Nasenathmung und ihre Bekämpfung.

EMIL MAYER.

56) **R. Castaneda** (San Sebastian). **Von der angeborenen oder erworbenen Verengerung der Nasenhöhlen in ihrer Beziehung zu der aspiratorischen Bewegung der Nasenflügel. (De la estrechez congenita ó adquirida de las fosas nasales en su relacion con las aspiracion de las alas de la nariz.)** *Gaceta Medica de Granada. No. 16. 1900.*

Verf. gelangt nach einem eingehenden Studium der Anatomie, Physiologie und pathologischen Symptomatologie der Verengerungen der Nasenhöhlen zu folgenden Schlüssen: 1. Es existiren osteo-cartilaginöse Verengerungen der Nasenhöhlen, welche von der Kindheit herrühren und eine Folge von nicht zu rechter Zeit operirten adenoiden Wucherungen oder von schlecht entwickelten Rachenmandeln sind. 2. Dieselben angeborenen Verengerungen existiren ohne Hypertrophie der Rachenmandel bei entarteten Individuen, welche gleichzeitig andere Anzeichen von Entartung darbieten. 3. In beiden Classen beobachtet man das Symptom der aspiratorischen Bewegung der Nasenflügel, welches sich auf andere Verengerungen gewissen Grades und gewisser Dauer erstrecken. 4. Jede von diesem Symptom begleitete Verengerung gewinnt keinen Vortheil von der angewendeten Behandlung, wenn sie nicht durch die forcirte Erweiterung der Nasenflügel vervollständigt wird.

K. BOTEY.

57) **A. C. Rogers. Heilung einer Nasenverstopfung durch London-paste. (Reduction of nasal obstruction with London paste.)** *Southern California Praktitioner. Februar 1902.*

Verf. empfiehlt diese Paste bei der Nasenverstopfung im frühen Kindesalter nach ausgiebiger Application von Cocain und empfiehlt sie besonders zum Gebrauch für die allgemeine Praxis.

EMIL MAYER.

58) **Chauveau. Verstopfung der Nase beim Neugeborenen. (Nasal obstruction in the newborn.)** *Journal American Medical Association. 16. März 1901.*

Verf. betont, dass der eczematöse Impetigo die Nasenwege beim Neugeborenen

verstopfen kann. Auch acute Coryza kann dafür verantwortlich gemacht werden. Gegen letztere empfiehlt er:

Rp. Resorcini 1,0
Olei vaselini 48,0

MDs. 3—4 Tropfen 3—4mal täglich in die Nase einzuträufeln.

oder: Rp. Natr. biborac. 6,0
Glycerini 32,0

Ms. 2—3 Tropfen 3mal täglich in die Nase einzuträufeln.

EMIL MAYER.

59) **Nordqvist** (Gotheborg). **Fall von beiderseitiger congenitaler Choanalatresie. (Fall af dubbelsedig kongenital choanalatresi.)** *Hygiea. S. 69. 1901. No. 7.*

Bei einem 15jährigen Mädchen wurden die Nasenhöhlen nach hinten von einem knöchernen Septum abgeschlossen gefunden. Die Nasenscheidewand war gerade. In der linken Seite war die knöcherne atresirende Platte von einer erbsengrossen Perforation durchbohrt; eine ähnliche Perforation wurde auch in der rechten Seite mittels Sonde gefunden. Postrhinoskopisch konnte man den freien Rand des Vomers sehen. Die Pat. wurde wegen der Atresie nicht operirt.

E. SCHMIEGELOW.

60) **Juffinger. Angeborener beiderseitiger knöcherner Choanenverschluss.** (Wissenschaftliche Aerzte-Gesellschaft in Innsbruck. Sitzung vom 3. Mai 1901.) *Wiener klin. Wochenschrift. 1901. No. 37.*

18jähriges Mädchen. Nase vorne normal, nach hinten von einer blassrothen Membran abgeschlossen, Nasenrachenraum weit, beiderseits die Choanen von einer glatten Membran überdeckt, das Septum als leicht vorspringende Leiste erkennbar, Geruch vollständig fehlend. Der knöcherne Verschluss wurde mit dem Trepan vom unteren Nasengange aus durchbohrt, die Brücken mit dem Galvanokauter zerstört und die untere Nasenmuschel abgetragen — so blieben zwei ovale Oeffnungen von über Bleistiftstärke. Der Geruch hat sich wieder eingestellt.

CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

61) **O. Joachim. Nicht syphilitischer Schleimhautbelag im Halse. (Non-syphilitic mucous patches of the throat.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1901.*

Bericht über mehrere Fälle. Verf. schliesst damit, dass allein das Vorhandensein von Schleimhautplaques ohne weitere Symptome zur Diagnose syphilitischer Erkrankung nicht genügt.

EMIL MAYER.

62) **Variot** und **Devé. Vielgestaltigkeit der Scharlachangina und Beziehungen derselben zur Fiebercurve. (Polymorphisme des angines de la scarlatine et relation du processus angineux avec l'évolution du cycle thermique.)** *Société médicale des Hôpitaux. 26. October 1900.*

In einem Drittel der Fälle geht die Scharlachangina ohne Exsudatbildung

einher. Wenn ein solches auftritt, so ist es meist eitrig, nicht adhaerent und nicht zur Ausbreitung geneigt. In 62 von 525 im Hospital Trousseau beobachteten Fällen sahen die Anginen diphtheritisch aus und in 30 Fällen davon fand man nur den Loeffler'schen Bacillus, alle anderen enthielten nur Streptokokken. Klinisch ist es unmöglich, wahre Diphtherie von falscher Diphtherie anders als auf bakteriologischem Wege zu unterscheiden. In zweifelhaften Fällen muss das Heilserum herangezogen werden. Die Verfasser halten dafür, dass die Temperatur bei der Scarlatina mehr durch die Angina als durch das Erythem beeinflusst wird.

PAUL RAUGÉ.

63) **Aviragnet. Behandlung von naso-tonsillaren Erkrankungen bei Scharlach. (Treatment of naso-tonsillar affections in scarlatina.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Juli 1901.*

Das häufige Vorkommen derartiger Complicationen verlangt peinliche Antisepsis der Nase. Dazu dient folgende Salbe:

Rp. Vaselini 30,0
Acidi borici 3,65
Mentholi 0,3

oder Injectionen mit

Rp. Olei Olivar. 30,0
Resorcini 1,2
Tinct. Menth. pip. gtt. II.

Zur Antisepsis des Halses dienen Lösungen von Borsäure, Naphtol, Thymol etc. mit nachfolgender Application von Resorcin-Glycerin.

LEFFERTS.

64) **John Hadden. Angina bei Masern. (The sore throat in measles.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juni 1901.*

Verf. theilt einige Masernfälle mit, die mit Angina begannen. Im Halse fand sich ein weisser Belag und einige Tage später trat dann das typische Exanthem auf.

LEFFERTS.

65) **Costard. Ueber die ulcero-membranöse schankerartige Angina mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen (Vincent'sche Krankheit). (De l'amygdalite ulcero-membraneuse chancriforme à bacilles fusiformes et a spirilles au maladie de Vincent.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Es handelt sich dabei um eine gutartige, rein locale Krankheit. Dieselbe tritt in 2 Stadien auf: 1. Stadium der Pseudomembranbildung. 2. Ulceröses Stadium.

Im ersten Stadium kann die Erkrankung leicht mit Angina diphtherica verwechselt werden, im zweiten mit Schanker der Tonsillen. Die bakteriologische Untersuchung entscheidet.

Die Behandlung, die allemal auf Cauterisation der Mandeln herauskommt, ist gewöhnlich erfolgreich.

PAUL RAUGÉ.

66) B. Lansac. **Ein Fall von Vincent'scher Angina. (Sur un cas d'angine de Vincent.)** *Société de Biologie. 1. Juni 1901.*

Es handelte sich um einen Fall von Vincent'scher Angina, welcher so diphtherieähnlich war, dass die richtige Diagnose nur auf bakteriologischem Wege gestellt werden konnte; Löffler'sche Bacillen fehlten völlig und es waren nur spindelförmige Bacillen vorhanden.

PAUL RAUGÉ.

67) Moses Keschner. **Ein Fall von membranöser Angina durch Streptokokken mit nachfolgender Lähmung des weichen Gaumens. (A case of membranous angina, due to streptococci, followed by paralysis of the soft palate.)** *N. Y. Medical Record. 1. Juni 1901.*

Bei dem Capitel „Ueber Diagnose der Diphtherie" findet man in fast allen Lehrbüchern den Satz ausgesprochen, dass eine Lähmung, die nach einer pseudomembranösen Angina auftritt, ein sicherer Beweis dafür ist, dass die Angina durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus verursacht wurde und dass die Bacillen dabei dann eben in so geringer Zahl auftraten, dass sie bei der Untersuchung übersehen oder durch die Kokken überwuchert wurden. Verfasser hebt mehrere Punkte hervor, welche in seinem Fall darauf hinweisen, dass der Klebs-Löffler'sche Bacillus als ätiologischer Factor für die Gaumensegellähmung nicht in Betracht kam. Er führt die Lähmung vielmehr zurück: 1. auf Druckwirkung des entzündlichen Processes und wuchernder Mikroorganismen auf die in Betracht kommenden Nerven; 2. auf Neuritis in Folge von Toxinwirkung der Streptokokken, wie wir sie z. B. auch von Pfeiffer'schen oder Eberth'schen Bacillen her kennen.

LEFFERTS.

68) C. J. König (Paris). **Angina eroso-membranacea. (L'angine eroso-membraneuse.)** *Académie de Médecine. 23. Juli 1901.*

Die Affection war hartnäckig und ging mit oberflächlicher Erosion mit Bildung falscher Membranen einher. Der Allgemeinzustand blieb gut und es wurde kaum über Schmerzen geklagt. Die bakteriologische Untersuchung ergab einen bisher noch nicht beschriebenen Bacillus und einen Hefepilz.

PAUL RAUGÉ.

69) Monro (Glasgow). **Membranöse Angina und Perforation der Gaumenbögen durch Pneumokokkeninfection. (Membranous thore throat and perforation of the faucial pillars resulting from infection by the Pneumococcus.)** *Glasgow Med. Journal. October 1901.*

Bei einem 21jährigen Mädchen trat nach wenigen Tagen im Anschluss an eine membranöse Entzündung eine Perforation beider Gaumenbögen auf. Die Membran enthielt Fränkel'sche Pneumokokken. Am 5. Tag fand sich Staphylococcus pyogenes aureus und am 22. Tag ein Bacillus, der zwar dem Diphtheriebacillus morphologisch ähnlich war, sich aber von ihm in cultureller Hinsicht unterschied und sich nach Gram entfärbte. Die Perforation war schon vor diesem Bacillus eingetreten. Es ist noch ausserdem bemerkenswerth, dass Albuminurie und Regurgitation von flüssiger Nahrung durch die Nase bestand.

JAMES DONELAN.

70) **A. J. Liantz. Symptome und Behandlung der mercuriellen Angina. (The Symptoms and treatment of mercurial angina.)** *N. Y. Medical Journal. 27. April 1901.*

Ueber mercurielle Affectionen des Halses existiren nur sehr wenig Beobachtungen. Verf. berichtet von vier Fällen, in welchen ausgesprochene Affectionen des Pharynx und der Tonsillen im Anschluss an Quecksilberbehandlung aufgetreten sind. Diese Affection befällt im Allgemeinen einen begrenzten Bezirk auf den Tonsillen und Gaumenbögen und dringt gelegentlich in die Lacunen ein oder verbreitet sich auf die Uvula. In der Regel ist die Erkrankung einseitig, zuweilen auch doppelseitig. In den meisten Fällen bleiben Zahnfleisch, Wangen und Zunge frei. Häufig bestehen Schluckschmerzen, die manchmal sehr heftig werden können und nach dem Ohr ausstrahlen. Die submaxillaren Lymphdrüsen sind geschwollen und schmerzhaft, zuweilen beginnt die Erkrankung acut mit diffuser Röthung des Gaumens und des Pharynx, mit Fieber, Schwindel. Kopfschmerz, Brechreiz u. s. w. Objectiv bestehen Erosionen oder flache Ulcera mit grauweisslichem Belag und Röthung und Schwellung der umgebenden Schleimhaut. Die Ulcera haben die Tendenz zu peripherischer Verbreitung, gehen aber selten in die Tiefe. Diese Erkrankungen können schon im Beginn einer Quecksilberkur auftreten oder sogar nach dem Aussetzen derselben. Die Behandlung besteht in der Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd, in schwereren Fällen von Jodoformemulsion, Höllenstein oder Chromsäure.

LEFFERTS.

71) **R. C. Matheny. Die Function der Tonsillen und einige Bemerkungen über die Differentialdiagnose der Tonsillarerkrankungen. (The function of the tonsils, with a few suggestions regarding the differential diagnosis of tonsillar affections.)** *N. Y. Medical Record. 14. September 1901.*

In den letzten Jahren war die Entfernung der Tonsillen dermassen in Mode, dass jetzt eine Reaction um sich greift, welche mehr für conservative Behandlung dieses Organs eintritt. Wenn wir auch bisher eine specifische Function dieses Organes nicht kennen, so hat es doch zweifellos eine Bedeutung. Verfasser glaubt, dass dieses lymphoide Gewebe der Pharynx- und Gaumentonsillen einen vollständigen Ring um die Pharynxmündung bildet und schädlichen Organismen als Barriere gegenübersteht. Aus diesen Gründen spricht er sich auch gegen die Entfernung der Tonsillen aus und tritt dafür ein, dass die einfache Hypertrophie nicht als Indication zur Operation angesehen wird.

LEFFERTS.

72) **A. L. Gray. Die Tonsillitis vom Standpunkt des practischen Arztes. (Tonsillitis from the standpoint of the general practitioner.)** *N. Y. Medical Record. 21. September 1901.*

Die Unterscheidung der Tonsillitis von Diphtherie in den ersten Stadien ist nicht immer ohne bakteriologische Untersuchungen möglich. Folliculäre Tonsillitis findet sich bei Kindern, sowohl wie bei Erwachsenen beiderlei Geschlechtes. Häufig findet man Beläge auf den Tonsillen und benachbarten Partien, die durchaus an Diphtherie erinnern, aber durch Streptokokkeninfection verursacht sind.

Zuweilen werden auch milchweisse Membranen bei Leptothrix buccalis und Oidium albicans gefunden. Wenn Ulcera vorhanden sind, so sind sie oft mit weissen oder schmutzig graugelbem nekrotischem Gewebe bedeckt, das tagelang fest an der Unterfläche haften kann und wie eine Diphtheriemembran aussieht. Wo nun ein Zweifel in der Diagnose auftaucht, muss möglichst früh die bakteriologische Untersuchung vorgenommen werden. Verf. glaubt an ein specifisches Bakterium bei folliculärer Tonsillitis und verlangt Isolirung der Patienten. LEFFERTS.

73) **H. B. Stanley. Gegen Tonsillitis. (For Tonsillitis.)** *American Therapist. Mai 1901.*

Rp. Chinin sulf.
Salopheni 0,18
Strychn. nitr. 0,0003.

M. f. caps. S. 3stündl. 1 Kapsel. EMIL MAYER.

74) **L. Duval. Ueber Infectionen der Tonsillen und ihre Ansteckungsgefahr. (Des infections amygdaliennes et de leur contagion.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Besprechung der Literatur unter Hinzufügung einiger eigener Fälle.

A. CARTAZ.

75) **Marshall R. Ward. Acute lacunäre Entzündung der Tonsillen. (Acute lacunar inflammation of the tonsils.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1901.*

Um Recidive zu vermeiden, sollen die Tonsillen nach Aufhören der entzündlichen Erscheinungen entfernt werden. EMIL MAYER.

76) **St. Clair Thomson. Rheumatische fieberhafte Erkrankungen in ihrer Beziehung zu den Tonsillen. (Rheumatic fever in relation to the throat.)** *Laryngoscope. Januar 1901.*

Unser gegenwärtiger Kenntnissstand über die Beziehungen von Tonsillarerkrankungen an rheumatischen Erkrankungen kann kurz dahin zusammengefasst werden:

1. Zweifellos geht einer gewissen Zahl von Fällen von acutem Gelenkrheumatismus eine Angina voraus, und zwar in einem Procentsatz von 30 bis 40 pCt. 2. Rheumatismus und Angina haben zahlreiche gemeinschaftliche ätiologische Momente: ungünstige Jahreszeit, Erkältung, Feuchtigkeit u. s. w. 3. Der Zusammenhang zwischen Angina und Rheumatismus, der zweifellos in einer gewissen Zahl von Fällen in Betracht kommt, ist noch nicht richtig aufgeklärt. 4. Die Tonsille kann die Eintrittspforte für das rheumatische Virus sein und bietet trotzdem unter Umständen nichts Krankhaftes bei der blossen Betrachtung dar. 5. Eine specifische Halsaffection für den Gelenkrheumatismus ist noch nicht nachgewiesen. Sicherlich kommt nicht in Betracht der peritonsilläre Abscess. 6. Peritonsilläre Entzündungen werden offenbar durch antirheumatische Heilmittel nicht beeinflusst,

wohl aber zahlreiche Fälle von parenchymatöser und lacunärer Tonsillitis, die oft durch Salicin oder salicylsaures Natron günstig beeinflusst wird. Das ist freilich noch kein Beweis für die rheumatische Natur der Erkrankungen. 7. Die Frage fordert weitere Untersuchungen nach 2 Richtungen, einmal eine Differenzirung der verschiedenen Formen von Angina, insbesondere derjenigen, welche mit Rheumatismus vergellschaftet ist, in zweiter Linie müssen erst weitere Untersuchungen die wahre Natur des Rheumatismus ermitteln. Der Nasenrachenraum, der Mundrachenraum, die Nase und der Kehlkopf können Sitz rheumatischer Erkrankung sein.

Bezüglich der rheumatischen Erkrankung des Crico-Arytaenoidgelenkes sagt Verfasser Folgendes: Wenn Heilung eintritt, so kann trotzdem eine mehr minder dauernde Störung der Bewegungen in Form einer partiellen oder completen Ankylose zurückbleiben. Die Schwierigkeit bei der Diagnose dieser Affection liegt etwa so, wie beim Schultergelenk, wenn wir zwischen Ankylose des Gelenkes und Lähmung des Deltoides unterscheiden sollen, ohne den Arm des Patienten zu berühren. Die Entscheidung kann oft nur dann möglich sein, wenn das Stimmband in einer atypischen Stellung durch Nerven- oder Muskelparalyse steht. Eine dauernde Verdickung neben abnormer Stellung weist auf periarthritische Entzündungen hin; in der Regel muss eine centrale oder periphere Lähmung sorgfältig ausgeschlossen werden, bevor wir die Fixation eines Stimmbandes auf complete Ankylose des Crico-Arytaenoidgelenkes beziehen. Ebenso muss auch Syphilis auszuschliessen sein. Die Behandlung dieser rheumatischen Ankylose ist gewöhnlich erfolglos.

EMIL MAYER.

77) J. M. Mayhen. **Acute Tonsillitis durch Adrenalinchloridlösung (1 : 1500) coupirt. (An acute attack of tonsillitis aborted by the use of a solution of adrenalinchlorid (1 : 1500).** *Denver Medical Times. September 1901.*

Der Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER.

78) **Joseph Meyer. Abortivbehandlung follikulärer Tonsillitis und Peritonsillitis durch Einspritzungen. (The treatment [abortive] of follicular tonsillitis and peritonsillitis by syringing.)** *Brooklyn Medical Journal. October 1901.*

Mit einer Larynxspritze wird eine 1 prom. Lösung von Quecksilbersublimat tief in die Lacunen injicirt. Diese Injectionen sind nicht schmerzhaft, wirken besser als das Curettement und geben gute Resultate.

EMIL MAYER.

79) **Moure** (Bordeaux). **Mandelabscess, Diagnose und Behandlung. (Abcès amygdalien, diagnostic et traitement.)** *Rev. hebd. de Laryng. 1901. No. 25.*

Verf. theilt die Abscesse in vordere, hintere und äussere ein, wenigstens im Beginn ihres Auftretens. Er befürwortet die Eröffnung mit dem Galvanokauter. Auf diese Weise werden Nachblutungen vermieden und die Wunde noch einige Tage offen erhalten, wodurch der Eiter besseren Abfluss hat und die Heilung begünstigt wird.

E. J. MOURE.

80) **P. Wulff Aneurysma der Carotis interna nach Tonsillarabscess. (Aneurysm of internal carotid following tonsillar abscess.)** *Milwaukee Med. Jonrnal. Juni 1901.*

Es handelte sich um einen grossen Tonsillarabscess, welcher ein grösseres Gefäss arrodirte und zur Spontanruptur und starker Blutung führte. Von der arrodirten Gefässwand nahm dann das Aneurysma seinen Ursprung.

EMIL MAYER.

81) **Lewis S. Somers. Die therapeutische Verwendung des Nebennierenextractes beim Peritonsillarabscess. (The use of suprarenal gland in peritonsillar abscess.)** *Merck's Archives. Mai 1901.*

Wegen seiner Unschädlichkeit ist das Medikament besonders zu entzündlichen Affectionen dieser Gegend geeignet. Es reizt nicht, besitzt keine schädlichen Nackwirkungen und kann öfters bei demselben Kranken angewandt werden, ohne an seiner Wirkung zu verlieren; deshalb möchte Verfasser es auch bei der Behandlung der Angina nicht entbehren.

EMIL MAYER.

82) **W. K. Simpson. Hypertrophie der Gaumentonsillen. (Hypertrophy of lingual tonsil.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Demonstration eines ungewöhnlich grossen Präparates.

EMIL MAYER.

83) **M. Vacher** (Orléans). **Ueber tèmporäre Abtragung der Tonsillen bei Kindern. (De l'ablation extemporanée des amygdales enchatonnées chez les enfants.)** *Rev. hebd. de Laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Befürwortung der Ruault'schen Methode, die in Abtragung der Mandeln durch Zerstücklung mit der Zange besteht.

E. J. MOURE.

84) **W. Stuart Low. Ein anatomisches Tonsillotom. (An anatomical tonsillotome.)** *N. Y. Medical News. 3. August 1901.*

Im Allgemeinen pflegen Tonsillen sich auch nach abwärts derart zu vergrössern, dass sie dadurch ihre anatomische, elliptische Form beibehalten. In Folge dessen können dieselben mit dem gewöhnlichen runden Tonsillotom in ihrer unteren Partie nur unvollkommen entfernt werden. Verfasser hat gefunden, dass man durch elliptische Formung des Tonsillotoms und zwar so, dass die grössere Achse im rechten Winkel zur Achse des Instrumentes steht, diese Schwierigkeiten leichter überwinden kann.

LEFFERTS.

85) **Wyatt Wingrave. Ausschlag nach Tonsillotomie. (Tonsillotomy Rash.)** *Laryngoscopie. Juli 1901.*

Verf. berichtet über eine Anzahl selbstbeobachter Fälle und betont die Seltenheit derartiger Vorkommnisse. Bluntuntersuchungen, die während der auf die Operation folgenden Woche angestellt wurden, ergaben mit wenig Ausnahmen eine Zunahme der mononucleären weissen Zellen. Diese Leukocytose ist selten nach dem 10. Tag noch nachzuweisen und ist sicherlich mehr als eine zufällige.

Die operative Entfernung von Tonsillen und adenoiden Wucherungen schafft eben offenbar ein grosses Absorptionsgebiet für toxische Substanzen. EMIL MAYER.

86) C. Doctoroff. **Studie über den syphilitischen Schanker der Tonsillen. (Etude sur le chancre syphilitique des amygdales.)** *Thèse de Nancy. 1900.*

In dieser Dissertation findet man eine sehr ausführliche historische Auseinandersetzung und fleissige Literaturstudien über diese Frage. A. CARTAZ.

87) P. Abercrombie. **Fall von primärem Schanker der Tonsille, wahrscheinlich infolge von Infection durch das Tonsillotom. (Case of primary chancre of the tonsil: probable infection from a tonsillotome.)** *Brit. med. Journal. 21. September 1901.*

Ein Kranker, dem mit einem Tonsillotom beide Tonsillen entfernt worden waren, erkrankte nach einem Monat an Halsschmerzen und Plaques auf dem Pharynx, darnach an secundärem Exanthem. Unter antisyphilitischer Behandlung gingen die Erscheinungen zurück. A. BRONNER.

88) G. Hudson Makuen. **Ueber einen Fall mit seltenen Tertiärerscheinungen. (Report of a case of unusual tertiary manifestations.)** *Journal American Medical Association. 17. August 1901.*

Nach der Ansicht des Verf. der erste Fall von syphilitischer Ulceration, die nur auf die Gaumentonsillen beschränkt ist. EMIL MAYER.

89) E. Yonge. **Eine polypöse Excrescenz auf der Tonsille. (A polypoid excrescênce of the tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 13. April 1901.*

Eine gestielte Geschwulst auf der linken Tonsille bei einem 18jährigen Mädchen. Sie bestand aus lymphoidem Gewebe. Illustration. A. BRONNER.

90) Hal Joster. **Bericht über einen Fall von bösartiger Tonsillarerkrankung. (Report of a case of malignant disease of the tonsil.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Die Tonsille wurde mit der Schlinge entfernt. Unmittelbar nachfolgende Application von Nebennierenextract und Cauterisation der Basis mit dem Galvanokauter. Blutverlust während oder nach der Operation kaum vorhanden. Verwendung des antiseptischen Sprays auch in der über zwei Wochen sich erstreckenden Nachbehandlungsperiode. Schnelle Heilung der Wunde. Der Kranke vermochte nach der Entfernung der Tonsille viel besser zu essen und zu sprechen. Man machte ihn darauf aufmerksam, dass diese carcinomatöse Affection sicherlich recidiviren würde. Drei Monate später begannen die Tonsillen sich langsam wieder zu vergrössern, ohne dem Kranken indess ernstliche Störungen zu verursachen, bis er zwei Jahre später an Allgemeininfection starb. EMIL MAYER.

91) S. A. Oven. **Ein Fall von „Epitheliom" der Tonsillen, Gaumenbögen, Zunge und Wangen mit Behandlung und Heilung. (Report of a case of „epithelioma" involving tonsil, faucial pillar, tongue, and buccal surface, with treatment and apparent cure.)** *Journal American Medical Association. 10. August 1901.*

Mittheilung eines Falles. EMIL MAYER.



d. Diphtheritis und Croup.

92) **Pitkianen. Die Morphologie des Blutes bei Diphtherie, Scharlach und scharlachähnlichen Erythemen. (The morphology of the blood in diphtheria, scarletfever and scarlatinoform erythema.)** *Philadelphia Medical Journal. 20. April 1901.*

Verfasser hat gefunden, dass in leichten Fällen von Diphtherie eine mässige Hyperleukocytose in den ersten Krankheitsstadien besteht, die allmälig mit der Besserung verschwindet. In manchen Fällen sind die polymorphonucleären Leukocyten vermehrt, während sie in anderen normal bleiben. Mit zunehmender Besserung geht ihre Zahl zurück. Eosinophile Zellen sind in den ersten Krankheitsstadien nicht vorhanden, treten aber auf, wenn die Krankheit sich ihrem günstigen Ausgang nähert. Aehnliche Erscheinungen werden bei mässig schweren Diphtheriefällen beobachtet. In den schweren Fällen wird Hyperleukocytose von Beginn beobachtet und dauert während des ganzen Krankheitsprocesses. Die polymorphonucleären Leukocyten vermehren sich Anfangs, vermindern sich dann allmälig, um wieder von Neuem anzusteigen, wenn die Krankheit tödtlichen Verlauf nimmt. Eosinophile Zellen fehlen in tödtlichen Fällen stets. Die Gegenwart von eosinophilen Zellen oder ihre Vermehrung ist also ein günstiges prognostisches Zeichen für den Verlauf der Diphtherie. Ihr constantes Fehlen während 3 oder 4 Tagen weist andererseits auf einen ungünstigen Ausgang hin. Die Morphologie des Blutes bei nichtdiphtheritischen Halsentzündungen verhält sich wie diejenige bei milden Diphtheriefällen.

EMIL MAYER.

93) **Louis J. Pons. Membranöser Croup. (Membranous Croup.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. April 1901. New England Medical Monthly. Mai 1901.*

In zwei Fällen bewährte sich Cresolin (in Verbindung mit den üblichen Mitteln) als von gutem Heilerfolg.

EMIL MAYER.

94) **William J. Waugh. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Medical Standard. Mai 1901.*

Verf. rühmt den Erfolg des Jodkalks (Jodide of lime) in Dosen von 0,02 alle 5, 10 oder 15 Minuten bis zur Heilung der Croupsymptome.

EMIL MAYER.

95) **James H. Taylor. Ueber Diphtherie. (Facts and suggestions pertaining to diphtheria.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. April 1901.*

Alle vergrösserten Tonsillen und Adenoide prädisponiren zu katarrhalischen Entzündungen und Oedemen und tragen zu einem grossen Procentsatz der Diphtherie-Mortalität bei. Verfasser wünscht, dass die Gesundheitsbehörden auf die Entfernungen derartiger Anomalien dringen, sogut wie sie auch die Impfung reguliren.

EMIL MAYER.

96) **F. P. Norbury. Bemerkungen über die Behandlung der Diphtherie. (Remarks on the treatment of diphtheria.)** *Journal of Morgan Country Med. Society (Jacksonville, Illin.). 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



97) **Kersch** (Wien). **Zur Therapie von diphtheritischen und croupösen Affectionen des Rachens ohne Localbehandlung.** *Memorabilien. 43. Jahrgang. 7. Heft. 1901.*

Empfehlung von Natrium salicylicum mit Kal. jodat. in Mixturform.

SEIFERT.

98) **Adolph Rupp. Ueber die Bedeutung einer präcisen Definition der Diphtherie für den Erfolg der Heilserumbehandlung. (On the importance of precise definitions of diphtheria in the valuation of antitoxin therapy.)** *American Journal of Obstetrics. April 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

99) **Notiz des Herausgebers. Antitoxin bei Diphtherie. (Antitoxin for Diphtheria cases.)** *Northwestern Lancet. 1. Januar 1901.*

Uebersicht über die neuere einschlägige Litteratur.

EMIL MAYER.

100) **Notiz des Herausgebers. Die Resultate der Heilserumbehandlung der Diphtherie. (The results of the antitoxin treatment ot Diphtheria.)** *American Medicine. 13. April 1901.*

Ein Commentar zu dem Bericht von Otto Jelinek (Das österreichische Sanitätswesen 1900, No. 52), welches auf die günstigen Resultate der Heilserumbehandlung in allen Ländern hinweist.

EMIL MAYER.

101) **W. L. Downing. Die Behandlung dor Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *St. Louis Medical Review. 20. April 1901.*

Die Erfahrungen des Verfassers bestätigen die Ansicht Jacobi's, dass die Mortalität der Diphtherie seit der Einführung der Heilserumbehandlung auf die Hälfte zurückgegangen ist, dass die Krankheit kürzer und milder verläuft, und die Resultate um so besser, je früher die Injection vorgenommen wird. Dieselbe wird auch von den kleinsten Kindern gut vertragen, hat keine Nachwirkungen auf Herz, Nieren oder Nervensystem. Das Antitoxin ist, wenn nicht gar ein specifisches, so doch das beste Heilmittel, das wir gegen die Diphtherie haben.

EMIL MAYER.

102) **Bell. Practische Bemerkungen über Antitoxinbehandlung und Intubation.** *Memorabilien. XLIII. 9. Heft. 1901.*

Seit der Antitoxinbehandlung lässt Bell die Kanüle nie über 3 Tage im Kehlkopf; wenn die Membranen im Rachen im vollen Abstossen begriffen sind, kann die Röhre entfernt werden. Von den 3 Todesfällen nach Intubation, welche B. im letzten Jahre hatte, kam einer auf Herzlähmung, einer auf Verstopfung der Röhre und einer auf Atelectase der Lungen.

SEIFERT.

103) **Kraushar. Ueber die Anwendung der Intubation bei der Kehlkopfdiphtherie in der Privatpraxis. (O stosowanin intubacyi w btonici Krtani w praktyce prywatnej.)** *Medycyna. No. 30. 1901.*

Die Anschauung, nach welcher die Intubation bei Kehlkopfcroup nur in

Krankenhäusern angewendet werden kann, bekämpft Verfasser, indem er 2 Fälle aus seiner Privatpraxis genau schildert. Im ersten Falle wurde die Intubation bei einem zweijährigen Knaben, welcher an schwerem Kehlkopfcroup litt, mit günstigem Erfolg angewendet. Im 2. Falle wurde die Intubation bei einem 4jährigen Knaben, was die Stenose anbelangt, ebenfalls günstig beeinflusst. Der kleine Patient aber starb an nachfolgender Pneumonie. Jedenfalls muss bei Ausführung der Intubation in der Privatpraxis ein in diesem Fache geschulter Wärter permanent zur Seite des Kranken stehen.

v. SOKOLOWSKI.

104) **Egidi Francesco. Die Fortschritte der Intubation des Larnyx von Bouchut bis heute. (I progressi dell'intubazione laringea de Bouchut ad oggi.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. Juli 1901.*

Vf. ist ein begeisterter Anhänger der Intubation beim Croup der Kinder, er hat dieselbe selbst bei Säuglingen — der jüngste derselben war kaum 5 Monate alt — mit bestem Erfolge ausgeführt. In der letzten Zeit beträgt der Procentsatz der Heilungen bei den von ihm intubirten Kindern 90 pCt.

Vf. hat ferner den O'Dwyer'schen Apparat erheblich modificirt und vereinfacht, so dass der Introductor, bei dem der Mandrin in Fortfall gekommen ist, auf eine Art Pincette reducirt ist. Er bedient sich übrigens der auch von O'Dwyer später empfohlenen Tuben aus Vulcanit.

FINDER.

105) **J. H. Jopson. Strictur des Larynx nach Intubation wegen Larynxdiphtherie. (Stricture of larynx following intubation for laryngeal diphtheria.)** *Pediatrics. 1. Mai 1901.*

Mittheilung eines Falles der tödtlich verlief. Bei der Autopsie war die Stenose kaum zu erkennen.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

106) **Preston M. Hickey. Larynxtuberkulose. (Tuberculose of the larynx.)** *The Physician and Surgeon. Juni 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

107) **Frank Dyes Danger. Ueber dio Bedeutung der Frühdiagnose der Larynxtuberkulose. (Upon the importance of early diagnosis of tuberculosis of the larynx.)** *Journal Alumni Western College Physicians and Surgeon of Baltimore. October 1901.*

Verfasser erwähnt als Frühzeichen tuberculöser Erkrankung des Larynx auch geringe Heiserkeit und blasse Schleimhäute des weichen Gaumens.

EMIL MAYER

108) **Henry Mitchell Smith. Aetiologie und Pathologie der Larynxtuberkulose. (The etiology and pathology of the larynx.)** *Brooklyn Medical Journal. October 1901.*

Nichts besonderes.

EMIL MAYER.



109) **P. S. Donnellan. Die Diagnose der primären Larynxtuberkulose. (The diagnosis of primary laryngeal tuberculosis.)** *American Medicine. 12. October 1901.*

Bacteriologische und histologische Untersuchungen sind von grösstem Werthe für die Diagnose der primären Larynxtuberculose. Das Fehlen von Tuberkelbacillen im Sputum oder in abgeschabten Partikelchen aus dem Larynx sind kein sicherer Beweis für die Abwesenheit von Tuberculose. Trudeau behauptet, dass die Tuberculinprobe in bacillenfreien nicht fiebernden Fällen werthvoll ist. Was die histologische Untersuchung anbetrifft, so kann sich die Larynxtuberculose nach Bonfiglio entweder in Form von Infiltration der Mucosa oder Submucosa präsentiren, oder in Form von Excrescenzen und Vegetationen. Bei der infiltrirten Form erscheint das Gewebe wie granulirt, zellreich, mehr weniger vascularisirt, enthält einige Riesenzellen und einige kleine Tuberkel von typischer Form. Die vegetative Form behält noch lange ihren epithelialen Ueberzug. Das Bindegewebe zeigt die Structur des Granuloms mit mehr weniger ausgeprägten papilliformen Erhebungen. Echte Tuberkelbacillen können sich hier, ebenso gut wie bei der infiltrirten Form vorfinden und bestätigten dann die Diagnose. Bei vorgeschrittenen Formen beider Stadien kommen Degenerationen und käsiger Zerfall vor.

EMIL MAYER.

110) **H. Holbrook Curtis. Die Früherscheinungen der Larynxtuberkulose. (The early appearences of laryngeal tuberculosis.)** *Laryngoscope. December 1901.*

Bei verdächtigen Fällen soll man nicht immer nur nach oberflächlichen Erosionen suchen; viel wichtiger ist die sorgfältige Untersuchung der Regio interarytaenoidea und die zackige Beschaffenheit der Schleimhautfalte. Ferner kann man schon vor der ödematösen Veränderung an den Aryknorpeln gelblich graue Punkte in der Submucosa wahrnehmen, welche früher oder später unter der durchsichtigen Schleimhaut hier sowie an den aryepliglottischen Falten wahrzunehmen ist. Diese Früherscheinungen der Tuberculose sind zuweilen vorhanden, bevor irgend eine Schwellung der Falten oder der Aryknorpel wahrzunehmen ist, denn die letztere ist erst die Folge von schneller Entwicklung dieser submucösen Infectionsherde. In diesen frühzeitig diagnosticirten Fällen können wir noch ausgezeichnete Resultate von der Injection von Guaiakol, Carbolsäure oder anderen Antisepticis in das Gewebe erwarten, bessere als wenn wir erst warten, bis die Ulceration da ist, die mit der Milchsäureapplication und Curette (Heryng) behandelt werden müssen, oder mit der noch heroischeren Methode nach Krause mit scharfer Zange und Löffel. Ein anderer Hinweis auf die Möglichkeit einer tuberculösen Infection in ihrem Beginn ist die einfache hartnäckige Congestion eines Stimmbandes mit leichten Schwellungserscheinungen, wobei die Schleimhaut deutlich auf dem ganzen Stimmband vascularisirt ist.

EMIL MAYER.

111) **C. E. Clark. Symptomatologie der tuberculösen Laryngitis. (Symptomatology of tubercular laryngitis.)** *Brooklyn Medical Journal. October 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



112) **Arth. Meyer. Beiträge zur Pathologie der Larynxtuberkulose.** *Virchow's Archiv. Bd. 165. S. 498. 1901.*

M. constatirt, wie zahlreiche Untersucher vor ihm, bei frühen Stadien von Larynxtuberculose Tuberkel in den tieferen Schichten der Mucosa bei intactem Epithel. Dass die Infection von der Blutbahn ausgegangen ist, darf daraus noch nicht gefolgert werden; es bleibt noch die Möglichkeit, dass die Bacillen durch das intacte Epithel eindringen können, was in der Mund-, Nasen- und Darmschleimhaut sicher vorkommt und von Cornet auch für die Kehlkopfschleimheit als wahrscheinlich angesehen wird; ferner die andere Möglichkeit, dass die Bacillen durch kleine Lücken im Epithel eindringen, die sich während der Entwicklung des Tuberkels wieder schliessen. Für diese letztere Möglichkeit sprechen einige gelungene Versuche, die M. am Thiere anstellte. Er rieb tracheotomirten Kaninchen tuberculöses Sputum auf Stellen der Larynxschleimhaut ein, die vorher durch Reiben mit einem Instrument leicht erodirt waren. 2 Kaninchen bekamen Larynxtuberculose, es fanden sich Tuberkel unter intactem Epithel. M. betont selbst, dass seine Versuche noch zu wenig zahlreich sind, um bindende Schlüsse daraus zu ziehen.

F. KLEMPERER.

113) **G. Trautmann** (München). **Tuberculöse Larynxtumoren.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XII, 1. S. 27. 1901.*

Zusammenstellung der in der Litteratur vorhandenen Fälle und genaue Krankengeschichte eines eigenes Falles. — Der primäre tuberculöse Larynxtumor kann nach T. als erster Beginn der tuberculösen Erkrankung im Körper überhaupt vorkommen. Die Infection muss auch von aussen kommend als möglich angenommen werden. Häufiger natürlich sind die secundären Tumoren, bei denen die Infection auf dem Blut- oder Larynxwege erfolgt. Die Tumoren treten makroskopisch unter verschiedenen Formen als Neoplasmata (carcinom-, fibromähnlich) auf, haben langsames Wachsthum und intacte Bekleidung, ohne Neigung zu Ulceration. Zur Stellung der Diagnose ist die mikroskopische Untersuchung unerlässlich, dieselbe muss sich aber auf möglichst viele Schnitte erstrecken, da secundäre Nebenproducte harmloser Natur leicht zu Täuschungen Anlass geben. Besonders der Befund eines Fibroepithelioms, das eine von der Tuberculose abhängige Entzündungsform darstellen kann, soll zu fortgesetzter Untersuchung weiterer Schnitte auf Tuberculose Anlass geben. Die tuberculösen Kehlkopftumoren haben keinen ausgesprochen malignen Character; die Lungenbeschaffenheit spielt prognostisch die Hauptrolle. Entfernung der Tumoren hat oft bedeutende Besserung, manchmal (besonders bei den primären Tumoren) vollen Erfolg erzielt.

F. KLEMPERER.

114) **Notiz des Herausgebers. Tuberculöse Laryngitis. (Tubercular laryngitis.)** *N. Y. State Journ. of Med. April 1901.*

Rp. Jodoformii 7,5
Cocain hydrochl. 0,1
Morph. hydrochl. 0,03
M. d. s. In kleinen Mengen zu insuffliren.

EMIL MAYER.

115) **Lake. Larynxtuberculose. (Laryngeal phithisis.)** *The Medical World. Juli 1901.*

Zur Inhalation empfiehlt Verf.:

Pini silvestr. 0,66
Olei gaultheriae 0,3
Magnesiae carbon. q. s.
Trituate et adde
Aquae q. s. ad 15,0.

M. D. S. Zur Inhalation. Der Kranke soll erst $1/2$ St. nach derselben das Zimmer verlassen. Zu beruhigenden Inhalationen:

Chloroformii 2,0
Tct. benzoin. comp. 2,0

ferner:

Jodoformii 0,24
Morph. acet. 0.02
Bism. subn. 0,12
M. f. p. Zur Insufflation.

EMIL MAYER.

116) **St. Clair Thomson. Die Principien in der Behandlung tuberculöser Laryngitis. (The principles of treatment of tuberculous laryngitis.)** *Philadelphia Medical Journal. 14. September 1901.*

Kurz zusammengefasst handelt es sich um folgende Gesichtspunkte: 1. Pathologische und klinische Erfahrungen erweisen, dass der Infectionsherd in der Mehrzahl der Fälle dem Crico-Arytaenoidgelenk benachbart ist. 2. Viele Fälle machen sich erst dann kenntlich in einem Stadium, wo eine wirksame Localbehandlung ganz unmöglich ist. 3. Das Princip primum non nocere sollen wir hier beständig vor Augen haben, da zahlreiche Eingriffe bei dieser Affection dem Kranken Schmerzen verursachen und den Krankheitsprocess beschleunigen. 4. Das wichtigste Princip besteht darin, die Krankheiten frühzeitig und im Beginn zu erkennen. Jeder chronische oder verdächtige Larynxkatarrh soll ernsthaft behandelt werden, sogar wenn die Diagnose noch unsicher ist. 5. Wenn die Erkrankung einmal diagnosticirt ist, muss der Patient nach den Principien der modernen Sanatoriumsbehandlung behandelt werden. 6. Die symptomatische Behandlung erstreckt sich auf jeden katarrhalischen oder obstruirenden Reizungszustand der Luftwege. 7. Wichtig ist das Verbot des Sprechens, das den Infiltrationsgrad an dem Aryknorpelgelenk ungünstig beeinflusst. 8. In Fällen, wo ein völliger Einhalt des Processes nicht zu erwarten ist, soll eine symptomatische Behandlung eingeleitet werden und vielfach ist Sanatoriumsbehandlung dann am Platze. EMIL MAYER.

117) **Besold** (Falkenstein i/T.). **Ueber Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. 1901. No. 25.*

Eine örtliche Behandlung der Kehlkopftuberculose ist unter Umständen sehr wichtig und nutzbringend. Es ist vor allem die Frage zu entscheiden: 1. welche Fälle schon und 2. welche Fälle noch einer örtlichen Behandlung zu unterwerfen sind.

ad 1. Absehen darf man von localen Eingriffen, wenn keine Heilungshindernisse vorhanden sind, bei leichten Erosionen, Trübungen, Verdickungen mit gereizter Umgebung u. dgl. Sind dagegen zunehmende tuberculöse Granulationen mit oder ohne Geschwür, um Geschwüre mit callösen Rändern, um tuberculöse Tumoren u. ä. vorhanden, so sind locale Eingriffe indicirt a) bei gutem Kräftezustande des Kranken, b) trotz schlechtem Kräftezustand, wenn die Luft- und Speisezufuhr durch die Kehlkopftuberculose behindert sind. Verf. bespricht von localtherapeutischen Eingriffen eingehend die Application der Milchsäure, das Curettement, die Galvanokaustik.

ad 2. Bei sehr schweren Fällen von Kehlkopftuberculose neben leichterer Lungenaffection käme zuerst die Totalexstirpation des Kehlkopfs in Betracht. Da diese selten gestattet und ungern ausgeführt wird, so muss man in der Regel zu einer sehr energischen endolaryngealen Behandlung seine Zuflucht nehmen, die, wie Verf. an einem Beispiel darthut, auch in scheinbar verzweifelten Fällen Befriedigendes leisten kann.

ZARNIKO.

118) **Charles P. Grayson. Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (Treatment of tubercular laryngitis.)** *Brooklyn Medical Journal. November 1901.*

Nichts bemerkerswerthes.

EMIL MAYER.

119) **J. H. Coulter. Guajakolbehandlung der Larynxtuberculose. (Guajacol treatment of laryngeal tuberculosis.)** *The Chicago Clinic. November* 1901. *N. Y. Medical Record. 14. December 1901.*

Verf. räth warme alkalische Sprayungen der eigentlichen Behandlung vorausgehen zu lassen, dann 1 proc. Holocain oder $1^1/_2$ proc. Antipyrin zur Localanaesthesie zu verwenden. Wenn nun unmittelbar darnach Guajacol applicirt wird, so empfindet der Kranke höchstens ein leichtes Brennen. Man beginnt mit einer 20proc. Lösung und steigt dann im Lauf von 14 Tagen auf eine Concentration von 80 ja sogar 100 pCt.

LEFFERTS.

120) **T. Price Brown. Behandlung der Larynxtuberculose. (Treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. Februar 1902.*

Verf. empfiehlt intratracheale Injectionen von Mentholalbolene 1—2 pCt.

EMIL MAYER.

121) **P. S. Donnellan. Diagnose und Behandlung der Larynxtuberculose. (Diagnosis and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Medicine. März 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

122) **Wolfensberger** (Zürich). **Zur chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 15. 1901.*

Im Ganzen scheine die Begeisterung für die chirurgischen Eingriffe bei dieser Krankheit abgenommen zu haben. Immerhin bestehen nach Verf. noch alle betreffenden Verfahren zu Recht und er berichtet über einen schönen Erfolg mit der Doppelcürette bei einer Infiltration des Taschenbandes. Nur der Electrolyse

spricht er die Zukunft ab. Dagegen hebt er den ausserordentlichen Nutzen der Ruhigstellung des Kehlkopfs durch eine rechtzeitige Tracheotomie hervor. Die eigentlichen äusserlichen chirurgischen Behandlungen mit Spaltung und Ausräumung des Kehlkopfs scheinen nicht zu glücken, was Ref. auch bestätigen kann. Auch die guten Erfolge der klimatischen Behandlung sind erwähnt.

JONQUIÈRE.

123) **Pieniazek** (Krakau). **Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose. (W sprawie chirurginnego leczenia gruzlicy Krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 50. 1901.*

Verfasser führt aus seinem eigenen Werke: „Die Veränderung der Luftwege" in polnischer Uebersetzung den Abschnitt an, aus dem seine Stellung gegenüber der chirurgischen Behandlung der Kehlkopf-Tuberculose ersichtlich ist. Er hält dieselbe nur dann für zweckmässig, wenn tuberculöse Infiltrate im Kehlkopfe lediglich auf die Stimmbänder, die vordere Fläche der hinteren Wand, oder den Rand des Kehlkopfdeckels begrenzt sind, sich sehr langsam ausbreiten, nur langsam verschwären und nicht von Oedemen begleitet werden, dabei aber die Lungen relativ verschont bleiben, oder wenigstens die Tuberculose in denselben nur langsam fortschreitet. In diesen, viel selteneren Fällen, hat er grösstentheils, wenn auch nicht immer, gute und mitunter dauerhafte Erfolge gehabt.

A. v. SOKOLOWSKI.

124) **Schröder** und **Naegelsbach** (Schöneberg). **Dritter Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schöneberg, O. A. Neuenburg, nebst Bemerkungen zur Behandlung der Lungentuberculose.** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 11. 1902.*

Für die Behandlung der Larynxtuberculose ist in erster Linie die Hebung des Allgemeinbefindens und die Besserung des Grundleidens maassgebend. Zur Localbehandlung werden in der Anstalt Alcoholumschläge, Application von schmerzstillenden, desinficirenden und Granulationen anregenden Mitteln (Menthol, Orthoform, Jodoform etc.), Aetzungen mit Milchsäure, Curettement verwendet. Für die Epiglottistuberculose gebrauchen die Verff. die Schmidt'sche gefensterte Zange, mit welcher sie in 4 Fällen gute Erfolge erzielten.

SEIFERT.

125) **Stephen W. Wells. Ueber einen prophylaktischen Schirm bei der Behandlung tuberculöser Erkrankungen des Larynx und Pharynx. (Some notes on the prophylactic screen in the treatment of tuberculous conditions of the larynx and pharynx.)** *N. Y. Medical News. 22. Februar 1902.*

Diese den Arzt vor Infection durch den Patienten schützende Vorrichtung besteht in einer Glasplatte, die die Hantirungen des Arztes, nach den Erfahrungen des Verfassers, in keiner Weise stört.

LEFFERTS.

126) **L. T. Le Wald. Syphilitische Ulcera des Larynx. (Syphilitic ulcers of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 7. September 1901.*

Eine 36 jährige Frau wurde mit schwerer Dyspnoe bewusstlos eingeliefert, und es wurde sofort durch den 3. Trachealring die Tracheotomie ausge-

führt. Nach 2 Stunden trat der Tod ein. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf syphilitische Ulcera des Larynx gestellt, obgleich sich eine Kehlkopfinspection nicht vornehmen liess. Bei der Autopsie fand sich ein mässiges Oedem des Larynx in der Gegend der Aryknorpel und eine dilatatio cordis, die offenbar Todesursache geworden war.

LEFFERTS.

127) **Tantussi. Ueber eine besondere Form von parasyphilitischer Erkrankung des Kehlkopfes. (Di una speciale forma di lesione parasifilitica della laringa.)** *Bolletine delle malattie dell'orecchia etc. Januar 1901.*

Zu den von Fournier so genannten „parasyphilitischen" Affectionen, d. h. denjenigen, die mit dem specifischen Krankheitsprocess als solchem nichts mehr zu thun haben, sondern nur als Folgezustände desselben aufzufassen sind, sich im Ganzen auch dadurch unterscheiden, dass sie die Neigung haben, stationär zu bleiben, von der specifischen Therapie nicht beeinflusst werden und nur chirurgischen Maassnahmen zugänglich sind, gehören nach dem Verf. auch die Diaphragmen im Kehlkopf. Verf. berichtet den Fall einer Patientin, bei der neben ausgedehnter Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand, sowie fast gänzlicher Zerstörung der Epiglottis und völliger Verunstaltung des Larynxinnern durch Narbenzüge sich eine diaphragmaartige Bildung in der subglottischen Ebene fand. Diese Membran war nur in ihrem vorderen Theil angeheftet und bewegte sich wie ein Ventil mit dem Luftstrom. Es bestand heftige Athemnoth; auch war die Ernährung wegen der Neigung der Speisen in den des Epiglottis beraubten Kehlkopf zu fallen sehr erschwert. Patientin wurde intubirt und mittels der Oesophagussonde ernährt. Nachdem die Tube zwölf Tage lang liegen geblieben war, riss die Patientin dieselbe in einem Moment der Verzweiflung heraus und starb, bevor ihr noch Hülfe gebracht werden konnte. Bei der Section ergab sich, dass die Membran gebildet war von der in Folge eines perichondritischen Processes vom Knorpel abgehobenen Schleimhaut, die die Innenfläche der Ringknorpel- und den unteren Theil der Schildknorpelplatte bekleidet hatte und nun klappenförmig in das Larynxlumen hineinhing; der Knorpel lag innerhalb dieses Bezirkes völlig frei. Es handelt sich hier also nicht um die gewöhnlichere Form der Diaphragmabildung in Folge Verwachsung der Stimmlippen.

FINDER.

128) **J. Durazzo. Zum Lupus des Kehlkopfs. (Contribution à l'étude du lupus du larynx.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Die Dissertation bringt, abgesehen von einigen noch nicht publicirten Fällen, nichts neues.

A. CARTAZ.

129) **Samuel E. Allen. Ein Fall von Lupus des Gesichtes, des Pharynx und Larynx mit seltener Deformität des Larynx. (A case of lupus of face, nose, pharynx and larynx, with rare deformity of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1901.*

Der Titel giebt die Hauptpunkte der Arbeit; ausserdem hatte der Patient nur einen gemeinschaftlichen Weg für Nahrung und Athmungsluft und beim

Schlingakt wurde der Larynx durch Gewebsmassen abgeschlossen. Schliesslich wurden die Lungen ergriffen und der Patient starb an Entkräftung.

EMIL MAYER.

130) **George J. Hankins** (Sydney). **Exstirpation des Larynx wegen Epitheliom. (Case of exstirpation of the larynx for epithelioma.)** *Australian Medical Gazette. 20. September 1901.*

Es handelt sich um einen 54jährigen Mann mit einer malignen Geschwulst an der rechten Seite der Epiglottis. Sie erstreckte sich über die ary-epiglottische Falte und verhinderte den Einblick in den Larynx, welcher nach links verdrängt war. Es wurde zunächst Tracheotomie ausgeführt und die Narkose durch die Tracheotomiewunde fortgesetzt. Obwohl die Stimmbänder ganz frei und nur Epiglottis und rechte Hälfte des Larynx ergriffen waren, wurde doch der ganze Kehlkopf entfernt. Nach 3 Monaten wurde ein recidivirender Tumor am Wundrand und eine vergrösserte Drüse excidirt. Der Patient befindet sich zur Zeit — neun Monate seit der Operation — noch völlig wohl.

A. T. BRADY.

f. Schilddrüse.

131) **W. Edmunds. Pathologie und Erkrankungen der Schilddrüse. (Pathology and diseases of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Jnni 1901.*

In der zweiten seiner Vorlesungen über diesen Gegenstand behandelt Erasmus Wilson zunächst die Folgen, welche die Entfernung der parathyreoiden Drüsen beim Thiere verursacht. Er ist dabei zur Ueberzeugung gekommen, dass die Parathyreoidectomie viel gefährlicher ist, als die Totalexcision der Thyreoidea und Parathyreoidea, womit jedoch die Erfahrungen Edmunds' nicht übereinstimmen. Die Veränderungen in den Schilddrüsenlappen nach dieser Operation sind interessant: Die colloide Substanz verringert sich oder verschwindet ganz und es tritt eine wässrige Sekretion an ihre Stelle. Die runden Hohlräume fangen an, sich zu verzweigen, die secernirenden Zellen werden cylindrisch, die Hohlräume füllen sich mit Rundzellen, Veränderungen, die identisch sind mit denen, die wir als compensatorische Hypertrophie bezeichnen. Diese Erfahrungen sprechen dafür, dass den parathyreoiden Drüsen die eigentliche Sekretion obliegt und der Schilddrüse selbst mehr die Anhäufung derselben. Wahrscheinlich spielen die parathyreoiden Drüsen eine Rolle bei der Erkrankung an Basedow'scher Krankheit. Verfasser beobachtet in weiteren Studien die Folgen einer übermässigen Schilddrüsen-Ueberschwemmung des Organismus. Bei Affen verursachen grosse Dosen des Schilddrüsencolloids ausgesprochene Symptome: Ptosis, Pupillenerweiterung, Erweiterung der Lidspalte, Erection der Kopfhaare, Ausfallen der Haare an den Extremitäten, Lähmung eines oder mehrerer Glieder, Abmagerung und Muskelschwäche und endlich Tod durch Entkräftung. Die Symptome, die sich an den Augen kund geben, scheinen vornehmlich durch Betheiligung des Halssympathicus hervorgerufen zu werden. Die Injection von Colloid der Schilddrüse bei schilddrüsenlosen Hunden verursacht eine Steigerung des Blutdruckes anstatt wie bei normalen Thieren ein Herabsinken.

LEFFERTS.

132) **Maurice Patel. Zwei carcinomatöse Strumen. (Two cancerous goitres.)** *N. Y. Medical Record. 11. Mai 1901.*

Im ersten Fall handelt es sich um eine 54jährige Frau. Vor 5 Monaten traten bei ihr sehr heftige Schmerzen in der linken Kopf- und Gesichtshälfte auf, kurze Zeit später begann eine Schwellung in der linken Cervicalregion, welche ausserordentlich schnell wuchs. So lang sie sich besinnen konnte, war in der rechten Cervicalregion eine Schwellung vorhanden, welche niemals irgend welche Störung verursacht hatte. Die Menopause änderte an der Grösse des Tumors nichts. Als sie in's Krankenhaus aufgenommen wurde, hatte sie eine enorme Schwellung des Halses von 54 cm Umfang. Der Kopf war leicht nach links geneigt, die Drehbewegungen erheblich begrenzt, die Haut war dunkler als normal, und in den unteren Geschwulstpartien bestanden einige grosse Venen. Die Haut fühlte sich heiss an. Der Tumor war von fester Consistenz und schien unregelmässig gelappt. Die normalen Partien am Halse waren nur schwer zu unterscheiden. Ausgesprochene Dysphagie. Halbfeste Nahrung wird nur mit Mühe geschluckt; dabei besteht trockener Husten ohne Auswurf. Congestion des Gesichtes, glänzende Augen und leichter Grad von Exophthalmus. Der Puls betrug 96 und war aussetzend. Herzgeräusche und Tremor bestanden nicht. Normale Urinverhältnisse. Schlechter Allgemeinzustand. Exitus letalis bei vorgeschrittener Cachexie. Die Obduction ergab Epithelkrebs der Schilddrüse, der seinen Ausgang in einer alten Cyste genommen hatte. Secundäre Betheiligung der Trachea, des Oesophagus und der Drüsen dieser Gegend und Metastasen in den Lungen.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine Frau, die schon seit längerer Zeit einen faustgrossen Kropf hatte, der ihr aber niemals die geringsten Beschwerden verursacht hatte. Plötzlich begann derselbe zu wachsen und intensive Dyspnoe und Dysphagie zu machen. Der Halsumfang betrug schliesslich 61 cm. 7 Monate nach beginnendem Wachsen des Tumors starb die Patientin. Die Autopsie wurde nicht zugegeben. Beim Schilddrüsenkrebs bleibt das Allgemeinbefinden einige Zeit ungestört und die schwere Cachexie sonstiger Krebserkrankungen kommt hierbei nicht zur Beobachtung.

LEFFERTS.

133) **G. H. Murray. Basedow'sche Erkrankung. (Exophthalmic goitre.)** *American Medicine. 11. Mai 1901.*

Verfasser ist der Ansicht, dass Schilddrüsenextract nicht nur wirkungslos bei Basedow'scher Krankheit ist, sondern oft genug schädlichen Einfluss ausübt. Die Thymusdrüse kann mit Vorsicht gegeben werden, jedoch bestehen Meinungsverschiedenheiten über die damit erzielten Erfolge. In einem seiner Fälle nahm ein Patient 9 Monate hindurch täglich drei Thymustabletten, wobei der Erfolg der war, dass die Pulszahl, die bisher zwischen 132 und 142 schwankte, allmälig auf 84 herunterging, der Kropf ganz verschwand, der Tremor viel geringer wurde und der Exophthalmus gänzlich aufhörte. Auch in anderen Fällen konnte eine Besserung, wenn auch nicht in dem Maasse, festgestellt werden. Ein Inunctionskur mit rother Quecksilberjodidsalbe auf der Haut der Struma, so oft wiederholt, bis eine leichte Röthung der Haut eingetreten war, war wirksam. Von inneren Medikamenten giebt man allgemein Belladonna, Tinctura convallariae in Dosen

von 0,06 dreimal täglich bei hoher Pulszahl. Brompräparate sind dann nützlich, wenn der Tremor oder die Nervosität besonders hochgradig ist. Der Liquor arsenicalis ist, in Combination mit den vorhergenannten Mitteln, 2—3mal täglich in Dosen von 0,02—0,025 in vielen Fällen sehr wirksam. EMIL MAYER.

134) **Francois. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit. (Un cas de maladie du Basedow.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 33. 1901.*

21jährige Patientin constatirt unmittelbar nach einer Metrorrhagie Exophthalmus und Tachycardie. Der Halsumfang nahm rapid zu und erreichte 36,5 cm. Ausserdem bestand Nervosität, Schwäche, häufiges Schwitzen, Diarrhoe und Dyspnoe. Unter dem Einflusse der Galvanisation besserten sich rasch alle Erscheinungen mit Ausnahme der Tachycardie. BAYER.

135) **A. Ley. Heftige Asthmaanfälle hypothyroidealen Ursprungs. (Accès d'asthma violente d'origin hypothyroïdienne.)** *Journal de Neurologie. No. 9. 1901.*

37jährige Dame, welche seit 17 Jahren von heftigen Asthmaanfällen heimgesucht ist, die nur während der Schwangerschaft (sie hatte zwei Kinder) cessiren mit gleichzeitiger Besserung des Allgemeinbefindens.

Verf. kam eingedenk dessen, dass „während der Schwangerschaft die Schilddrüse hypertrophire", auf den Gedanken, eine Behandlung mit Schilddrüsentabletten zu versuchen, die denn auch von einer wunderbaren Wirkung war und das Asthma zum Verschwinden brachte.

Patientin ist hereditär belastet und hat 2 Kinder, die an adenoiden Wucherungen leiden. Man kann die Schilddrüse bei der Kranken palpiren; während der Schwangerschaft war der Hals angeschwollen. BAYER.

136) **H. B. Robinson. Demonstrationsfälle von Operationen an der Schilddrüse. (Cases illustrating the surgery of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Juni 1901.*

Verf. berichtet über zwei Arten von Fällen. Die erste Gruppe enthält Fälle parenchymatöser Struma mit allgemeiner Vergrösserung der Drüse, beinahe symmetrisch, ohne irgend welche Pulsation oder andere Zeichen Basedow'scher Erkrankung. Bei jüngeren Individuen setzt oft eine schnelle Vergrösserung des Organs mit der Pupertätsperiode ein und steht offenbar im Zusammenhang mit der beginnenden Function der Sexualorgane. Es werden drei solcher Fälle mitgetheilt, von denen zwei thyreoidectomirt wurden. In allen drei Fällen wurde Schilddrüsenextract gegeben und trat völlige Heilung ein. Die 2. Gruppe von Fällen umfasst Adenome der Schilddrüse, abgekapselte Tumoren in der Drüsensubstanz u. s. w. Eine einseitige Vergrösserung ist in der Regel auf Adenom zurückzuführen, besonders, wenn maligne Erkrankungen ausgeschlossen werden können. Gewöhnlich besteht an gewissen Stellen der Vorderfläche der Drüse eine localisirte Convexität, und wenn die Vergrösserung ausgesprochen ist, ist die Trachea gewöhnlich auf die andere Seite hinübergedrängt. Solche Tumoren entwickeln sich meistens langsam und machen selten Druckerscheinungen. Bei der Entfernung solcher Adenome soll man möglichst conservativ vorgehen. Es ist ganz unnöthig, dabei den

ganzen seitlichen Lappen zu entfernen. Verfasser theilt 5 derartige Fälle mit, die mit bestem Resultat operirt worden waren. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

137) **T. C. Squance. Geldstück als Fremdkörper im Oesophagus. (A halfpenny impacted in the oesophagus.)** *Lancet. 25. September 1901.*

Ein $6^1/_2$jähriges Mädchen hatte vor 5 Monaten einen half penny verschluckt, der sie im Schlucken behinderte. Mit Röntgenstrahlen wurde die Münze ausfindig gemacht und dann extrahirt. ADOLF BRONNER.

138) **Albertin** (Lyon). **Fremdkörper im Oesophagus und äussere Oesophagotomie. (Corps étranger de l'oesophage et oesophagotomie externe.)** *Province médicale. 27. Juli 1901.*

Am häufigsten werden Geldstücke als Fremdkörper in der Speiseröhre gefunden. Sie fangen sich gewöhnlich in der oberen Hälfte des Oesophagus in der Nähe des Manubrium sterni. Häufig machen sie nur wenig Erscheinungen. Früher rieth man vielfach, sie auf natürlichem Wege zu entfernen, während man neuerdings mehr dazu neigt, die Oesophagotomia externa vorzunehmen. Nach der Operation wird gewöhnlich eine Verweilsonde eingelegt. PAUL RAUGÉ.

139) **R S. Fowler. Fremdkörper im Oesophagus. (A case foreign body in the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 21. September 1901.*

Diagnose durch Röntgendurchleuchtung und Extraction. LEFFERTS.

140) **W. J. Taylor. Oesophagotomie wegen Fremdkörper bei Kindern mit Bericht über einen 16monatlichen Fall, bei dem ein Metallhaken entfernt wurde, der 7 Monate vorher verschluckt worden war. (Esophagotomy in children for foreign bodies with the report of a case aged 16 months and the removal of a metal clasp wich had been in the gullet for 7 months.)** *Therapeutic Gazette. 15. October 1901.*

Der Titel giebt den Inhalt. EMIL MAYER.

141) **Ch. G. Cumston. Die klinische Diagnose des Oesophaguscarcinoms und die Technik der Gastrostomie. (The clinical diagnosis of carcinoma of the oesophagus, and the technics of Gastrostomy.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Sepember 1901.*

Der Artikel verbreitet sich über die Classifikation der verschiedenen Oesophaguscarcinome nach ihrem Sitze, über ihre Diagnose und chirurgische Behandlung. LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Handbuch der Laryngologie und Rhinologie.** Herausgegeben von P. Heymann. Wien 1896/1900. Alfred Hölder. (Schluss.)

P. Heymann, Die gutartigen Geschwülste der Nase.
W. Kümmel, Die bösartigen Geschwülste der Nase.
P. H. Gerber, Tuberculose und Lupus der Nase.
Ph. Schech, Syphilis der Nase.
P. Bergengrün, Die lepröse Erkrankung der Nase.
P. Pieniázek, Das Rhinosklerom.
G. Killian, Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase, Einleitung. Die Krankheiten der Kieferhöhle. Die Krankheiten der Stirnhöhle.
M. Schaeffer, Die Krankheiten der Keilbeinhöhle. Die Krankheiten der Siebbeinzellen.
E. Kronenberg, Die Erkrankungen des Naseneinganges.
D. Hansemann, Die angeborenen Missbildungen der Nase.
S. Flatau, Die Anwendung des Roentgen'schen Verfahrens in der Rhinologie und Laryngologie,
Schlusswort.

Bei der Beschreibung der gutartigen Geschwülste der Nase hat Heymann — man braucht es kaum zu sagen — auch in jedem Detail, den historischen Ausgangspunkt gewählt. Den klassischen Namen Polyp gebraucht er für sämmtliche gutartigen weichen Geschwülste der Nase. Für eine Begrenzung des Begriffes Polyp nach der Form oder nach der Art des Ansatzes findet er keinen Grund. Eingehend führt er aus, dass im Hinblick sowohl auf das Wesen der Polypen wie auf ihre ätiologischen Beziehungen dieselben eine einheitliche Krankheitsform darstellen und dass die unterscheidenden Merkmale der verschiedenen Polypenarten nur unwesentlich sind. Auch besteht durchaus keine scharfe Grenze zwischen Polypen und einfachen Hyperplasien der Nasenschleimhaut. Sind doch alle Polypen als Entzündungsproducte aufzufassen. Im Schema der Neubildungen müssen sie als verschiedene Formen von Fibromen bezeichnet werden. Aus dem vielen Wissenswerthen, das uns diese Arbeit bietet, sei nur eine noch nicht beschriebene Form der Polypen: das „gutartige Epitheliom", das durch die Bildung und Abschnürung von Plattenepithelzapfen in das Stroma charakterisirt ist, hervorgehoben. Die Umwandlung von Polypen in bösartige Geschwülste erklärt Verf. theoretisch für ausserordentlich wahrscheinlich; indessen betont er die auf diesem Punkte völlig negative Erfahrung. Die nach jeder Hinsicht erschöpfende Abhandlung, dessen Literaturverzeichniss über tausend Nummern zählt, kann nur empfohlen werden.

Die bösartigen Geschwülste des Naseninnern sind relativ sehr selten. Kümmel konnte in der Literatur einigermaassen sichere Fälle von Sarcomen nur 69, von Carcinomen nur 40 ausfindig machen. Beide Geschwulstarten werden von ihm in eingehender Weise besprochen; die Therapie — welche in der Regel eine rein chirurgische oder aber eine palliative sein muss — wird nur kurz berührt.

Ueber die Tuberculose der Nase giebt Gerber eine historische Einleitung, aus welcher hervorgeht, wie wenig bekannt diese nicht zu seltene Affection bis vor kurzer Zeit geblieben ist. G. betont die grosse Mannigfaltigkeit der Bilder, unter welchen die Tuberculose in der Nase auftritt. Er theilt, ungefähr wie M. Schmidt, folgendermaassen ein: 1. Geschwür, 2. Tuberculom, 3. diffuses Infiltrat, 4. Granulationen, mit vielen Uebergangsformen und Combinationen. Das — meist solitär und am Septum auftretende — Geschwür ist die typische Form der secundären Nasentuberculose. Das diffuse Infiltrat der Schleimhaut findet sich bei der primären Knochentuberculose. Ausserdem tritt dasselbe, ebenso wie die Granulationen als Lupus auf.

Die Nasensyphilis wird von Schech besprochen. Primäraffectionen in der Nase sind grosse Seltenheiten. Es werden 40 Fälle meist aus der französischen Literatur citirt. Secundäraffectionen seien nach Tissier viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt; nach Verfassers Erfahrung werden sie fast nie Gegenstand der Behandlung. In Bezug auf die Coryza neonatorum betont er, dass dieselbe nicht immer als Secundäraffection aufzufassen ist, sondern auch das tertiäre Stadium der Nasensyphilis verbergen kann. Secundäre Papeln kommen nach Verfassers Erfahrung sowohl anf der Haut wie auf der Schleimhaut der Nase vor. Ausführlicher verbreitet sich Verfasser über die freilich weit wichtigeren Tertiäraffectionen und behandelt auch eingehend die verschiedenen Verunstaltungen der äusseren Nase.

Die beiden ausgezeichneten Capitel über die lepröse Erkrankung der Nase und das Rhinoselerom von Pieniázek resp. Bergengrün verdienen in gleichem Maasse das Interesse der Fachcollegen wie die verwandten Abschnitte im I. und II. Band.

Seine Besprechung der Nebenhöhlenerkrankungen fängt Killian mit einer historischen Einleitung an, in welcher die den Nebenhöhlenaffectionen gemeinsamen ätiologischen, anatomischen und symptomatischen Fragen erörtert werden.

Von den verschiedenen Sinus ist zuerst die Kieferhöhle an der Reihe, deren Verletzungen und Fremdkörper kurz aber mit vollständiger Literaturangabe behandelt werden. Die „nicht entzündlichen Vorgänge in der Kieferhöhle“ werden eigentlich nur erwähnt. Für die Eiteransammlung in der anscheinend normalen Highmorshöhle in Folge Herabfliessens von Eiter aus einer benachbarten Quelle, schlägt Verf. den nicht sehr gelungenen (weil auch auf das echte Empyem anwendbaren) Namen Pyosinus vor, wie er auch von Hydro- und Haematosinus gesprochen haben will. Die bei Influenza und anderen infectiösen Nasenkatarrhen auftretenden acuten Entzündungen der Kieferhöhle betrachtet Verf. nicht als von der Nase fortgeleitete, sondern als primäre. Mit Recht betont er die grosse Neigung zur Spontanheilung dieser acuten Entzündungen. Bezüglich der Diagnose, gerade der acuten Fälle, möchte Ref. der Durchleuchtung — eben weil sie in den meisten Fällen die Probepunction überflüssig macht — einen viel höheren Werth zuerkennen als es Verf. will. Die pathologische Anatomie, namentlich des späteren, fibrösen Stadiums wird eingehend erörtert. Die Schilderung der Symptome ist eine sehr interessante. Die Lehre von den secundären Augenstörungen befindet

sich, nach Verf., in einem noch sehr unreifen Stadium. Specielle Abschnitte sind der „Sinuitis exulcerans atque abscendens“ und der „Sinuitis cum dilatatione“ gewidmet. In dem ersteren werden die circumscripten Zerstörungen der Sinuswandungen sowie die secundären Phlegmonen ausserhalb des Antrum beschrieben; im letzteren ist besonders von der Cystenbildung die Rede. Auch die Therapie der Sinuitis maxillaris ist in erschöpfender Weise besprochen worden. Von der Luc'schen Radicaloperation ist Verf. kein Freund. Die weiteren Abschnitte beschäftigen sich mit Cysten und Polypen, mit Tuberculose und Syphilis und mit den Neubildungen der Kieferhöhle.

Mit derselben Gründlichkeit sind auch die Krankheiten der Stirnhöhle behandelt worden. Verletzungen haben, bei der exponirten Lage dieser Höhle, weit grössere Bedeutung als für die anderen Sinus. Bei der acuten Sinuitis werden namentlich die gewöhnlich ohne Durchbruch der Knochenwandungen zu Stande kommenden parafrontalen Abscesse in's Auge gefasst. In der Besprechung der chronischen Sinuitis ist zunächst hervorzuheben, dass Verf. die Literatur sorgfältig studirt hat und zu dem Schluss gekommen ist, dass die einfache (nicht complicirte) Sinuitis nur hier und da mit leichten, vorzugsweise functionellen Störungen einhergeht. Ausdehnung der erkrankten Höhle gehört bei der einfachen Sinuitis zu den Seltenheiten. Verf. hat 64 Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Von intracraniellen Complicationen bei chronischer Frontalsinuitis hat Verf. 30 Fälle in der Literatur gefunden; es handelt sich hier meist um Perforation der cerebralen Sinuswand. In der Besprechung der Therapie kommt Verf. auf Grundlage klarer, rein chirurgischer Erwägungen, zu der Empfehlung sehr radicaler Operationsmethoden und zwar: 1. der wirklichen Radicaloperation, bei der der ganze Sinus eliminirt wird, 2. der Abtragung der vorderen und der unteren Sinuswand, mit Erhaltung des Orbitalrandes als Spange, 3. der osteoplastischen Aufklappung der Vorderwand. Seitdem ist im XIII. Bande des Archiv f. Lar. die Killian'sche Operationsmethode modificirt, ausführlich beschrieben worden. Das Capitel schliesst mit einer kurzen Abhandlung über Tuberculose und Syphilis sowie über die Neubildungen der Stirnhöhlen.

Von der Hand des zu früh verschiedenen Max Schäffer liegen zwei Abhandlungen, über die Krankheiten der Keilbeinhöhlen und der Siebbeinzellen, vor. Bemerkenswerth ist zuerst, dass Verf. auch bei der acuten Keilbein-Sinuitis gleich zur operativen Eröffnung mittelst Löffelsonde und Knochenzange räth. Für die Behandlung der chronischen Sphenoidaleiterung empfiehlt er dringend möglichst energisch, in einer Sitzung, und nicht stückweise zu operiren. Sein eigenes, 45 acute und 220 chronische Keilbein- sowie 69 chronische Siebbeineiterungen umfassendes Material wird tabellarisch vorgeführt.

Es war ein guter Gedanke des Herausgebers, den Erkrankungen des Naseneinganges eine eigene Besprechung zu widmen. Wir verdanken denselben ein hübsches Capitel, in welchem Kronenberg die hier am meisten vorkommenden Dermatitiden — Eczem, Sycosis, Acne, Furunkel —, dann ganz kurz auch die Geschwüre und Geschwülste, und schliesslich das Ansaugen der Nasenflügel behandelt.

Ueber die angeborenen Missbildungen der Nase hat Hansemann

ein für den Nasenarzt recht lesenswerthes Capitel geliefert, in welchem er der Reihe nach die Variationen der äusseren Nasenform, die Verengerungen der Nasengänge, die Hemmungsbildungen und die Missbildungen der Nasenhöhlen bespricht.

Schluss des ganzen Werkes bildet die Flatau'sche Bearbeitung der Röntgen-Durchleuchtung in der Rhinologie und Laryngologie. Dieselbe war bei diesem Autor in befugten Händen.

Das Register des dritten Bandes ist von Veit bearbeitet worden.

Als Ref. vor vier Jahren an dieser Stelle die ersten Lieferungen des Handbuches der Laryngologie und Rhinologie begrüssen durfte, hat er sich ein zusammenfassendes Urtheil nach dem Erscheinen der letzten Lieferung vorbehalten. Niemand bedauert es mehr als er selbst, dass dieses Schlusswort, in Folge vieler Umstände, so lange verzögert worden ist. Zu spät dürfte es indessen auch jetzt nicht sein. Vielmehr bleibt es die Pflicht des Centralblattes nachdrücklich festzustellen, dass unter Heymann's Führung die Autoren dieses Handbuches eine Arbeit ersten Ranges geliefert haben. Wir Laryngologen empfinden gerechten Stolz über diese vortreffliche Leistung, welche weit besser als irgend andere unsere Specialwissenschaft nach aussen zu repräsentiren geeignet ist.

Aber auch im Vergleich mit den grossen Sammelwerken aus anderen Branchen der Medicin muss diesem Handbuch eine hervorragende Stelle zugewiesen werden. Hier ist nicht ein blosses Convolut von 100 rhino-laryngologischen Schriften, sondern ungeachtet aller Verschiedenheit in der Arbeitsweise von 44 Autoren, dennoch ein einheitliches Ganzes, in welchen man die führende Hand des Herausgebers überall und immer spürt. Dass dieses Sammelwerk wirklich redigirt worden, geht schon daraus hervor, dass man die a priori unvermeidlich scheinenden Wiederholungen bei den verschiedenen Mitarbeitern, vergeblich suchen wird. Vor Allem aber ist das ganze Werk von Einem Geiste belebt worden und ist der Wunsch des Herausgebers nach einer objectiven und historischen Bearbeitung der Materie in fast allen Abschnitten in Erfüllung gegangen.

Die unvermeidlichen Fehler, welche aus der eigenthümlichen Eintheilung der ganzen Sammelwerke resultiren, sind in dem vorliegenden Buche wohl zu den kleinst möglichsten Proportionen reducirt worden. Ref. hat dieselben in den einzelnen Besprechungen wiederholt angedeutet; es wäre zwecklos und ungerecht sie hier zu wiederholen.

Die fünf prachtvoll ausgestatteten Bände enthalten eine erstaunliche Menge ganz vorzüglicher Monographien und es kann nur dankend hervorgehoben werden, dass der Herausgeber sich bei der Wahl der Mitarbeiter nicht auf die engeren Specialcollegen beschränkt und überhaupt für fast jeden Abschnitt den richtigen Autor gefunden hat.

In diesem Buche findet man auch dankenswerthe Capitel, die in sämmtlichen anderen Handbüchern fehlen, wie die vordem überhaupt nicht beschriebene Geschichte der Rhinologie, die Sectionsmethoden des Kehlkopfes und der Nase, die Histologie der Schleimhaut, die Hilfsmittel für den laryngologischen Unterricht u. A. m. Schliesslich bildet das Buch mit seinen mehr als 16000 Literatur-

angaben eine so reiche, literarische Fundgrube, dass es, schon aus diesem Grunde, in der Bibliothek oder vielmehr auf dem Arbeitstische jedes wissenschaftlichen Laryngologen vorhanden sein soll.

Von den Autoren, deren Namen der Titel des Buches trägt, sind bereits mehrere verschieden: Gottstein, Michael, Mihalkovics, Schäffer, Stoerk. Auch als Mitarbeiter an dieser grössten und bedeutendsten literarischen Leistung unseres Faches bleiben ihre Namen bei den Laryngologen in dankbarem Andenken.

Amsterdam, 30. Juni 1902. H. Burger.

b) **Pieniázek. Die Verengerungen der Luftwege.** Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1901.

In dem umfangreichen Werke, das über 500 Seiten umfasst, legt der bekannte und namentlich in der Laryngochirurgie ausserordentlich erfahrene Verfasser seine mehr als 25jährige Erfahrung auf diesem schwierigen Gebiete nieder. Der Umstand, dass das Buch die reife Frucht langjähriger, eingehender, ausserordentlich mühsamer und viel Geduld erfordernder Erfahrung ist, macht das Werk besonders werthvoll. Es wird in demselben fast die ganze Pathologie der oberen Luftwege in einzelnen Kapiteln besprochen, aber immer nur von dem Standpunkt des hülfsbereiten Chirurgen und immer nur bezüglich der Frage, inwieweit bedingen diese Processe eine Verengerung und Behinderung der Athmungswege. Unter diesen besonderen Gesichtspunkt gerückt, gewinnen alle diese uns bekannten Processe ein besonderes Interesse und haben nicht nur für den Fachmann, sondern auch für den practischen Arzt, besonders aber für den Chirurgen, einen grossen Werth. Der Autor ist Schüler von Schrötter in Wien, auf dessen Klinik er die Anregung und erste Anleitung zu den im Buche beschriebenen Behandlungsmethoden und zu der ihm eigenen Betrachtungsweise empfangen hat.

Bei narbigen Stenosen sah P. den besten Erfolg von einer Behandlung mit Schrötter'schen Bougies, während Excision der harten Narbe wenig guten Erfolg ergab und oft von schweren Blutungen gefolgt war. Auch einige Fälle von Störk's diffuser Sarkomatose erwähnt er. Zur Differential-Diagnose zwischen Sarkom und Carcinom hebt er hervor, dass Sarkome im Rachen die Athmung leicht verlegen, während Carcinome das nicht thun. Doppelseitige Mandelerkrankungen sprichen für Sarkom, einseitige für Carcinom. Carcinom macht Luftbeschwerden nur wenn es unmittelbar über den Aryknorpeln sitzt. Schmerzen sind selten beim Sarkom, fast immer beim Carcinom vorhanden; zeitige Tracheotomie wird bei beiden empfohlen, aussichtslose Operationen soll man lieber unterlassen.

Das zweite Hauptkapitel behandelt die Verengerung des Kehlkopfes. Entsprechend den Experimenten von Hajek fand er das Oedem des Kehlkopfs in zwei getrennten Abschnitten, deren Grenze der Kehldeckel und die Ligamenta hyoepiglottica sind. Am seltensten findet sich Oedem an der laryngealen Fläche der Epiglottis, weil dort die Schleimhaut fest angewachsen ist. Er unterscheidet für das Oedem ein vorderes und ein hinteres Schleimhautgebiet. Bei Oedem des ersteren tritt selten Luftmangel ein, bei Oedem des letzteren häufiger, namentlich wenn dasselbe doppelseitig ist. Selbst bei starkem Oedem wird durch den hinteren Abschnitt der Glottis noch geathmet, wenn die Interarytaenoidalwand frei ist.

Schwellungen und Oedem der über den Stimmbändern gelegenen Abschnitte bezeichnet er als Oedem des Vorhofs und will den Namen Glottisoedem für das Oedem der Stimmbänder selbst reservirt wissen. Eben so klar und interessant ist die Darstellung der einzelnen Formen der Perichondritis, von denen er die luetische und die tuberculöse ausführlicher behandelt. Die tuberculöse Form macht die Tracheotomie seltener nöthig als die luetische. Für die narbige Stenose nach Perichondritis empfiehlt er die Schrötter'schen Hartgummirohre und nach gemachter Tracheotomie die Schrötter'schen Zinnbolzen. Die Resultate sind besser bei ringförmigen wie bei spaltförmigen Stenosen, ebenso dann, wenn wenigstens ein Aryknorpel beweglich war; besonders günstige Resultate sah er durch diese Dilatationsmethode, wenn nach gemachter Thyreotomie die Narben ausgiebig excidirt wurden.

Ueber die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose drückt sich P. sehr vorsichtig aus. Bei ausgebreiteten Processen sah er nie einen Erfolg, besseren da, wo er bei localisirten Processen (Epiglottisrand) den ganzen Process abtragen konnte. Vor eingreifenderen Ausräumungen der infiltrirten Partien, wenn der Process schon ausgedehnter ist, warnt er; vom Curettement sah er meist gute Erfolge, hier und da auch Verschlimmerungen. Auch die Laryngofissur mit Excision der infiltrirten Partien bei Tuberculose gab ihm wiederholt gute Erfolge. Bei der Syphilis sah P. im secundären Stadium bei gleichzeitigen Condylomen im Munde Kehlkopfstenosen. In diesen Fällen empfiehlt er dringend locale Behandlung und zwar das Sublimat bei Erosionen und reinen Lapis bei Ulcerationen. Bei tertiären Geschwüren hält er eine locale Behandlung für nutzlos. Nach vollendeter Benarbung dilatirt P. die Stenosen wie die Rachenstenosen mit Schrötter-schen Röhren und Bolzen. Diese Behandlung muss bisweilen Jahre lang fortgesetzt werden. Ueber Lepra und Lupus hat er keine oder wenig eigene Erfahrung, umsomehr über das Sklerom. Seine Ansichten und Erfahrungen darüber kennen wir aus dem Heymann'schen Werk. Excision der Wülste und nachfolgende Dilatation mit den Schrötter'schen Instrumenten ergab auch hier die besten Resultate.

Interessant und wichtig ist die Beobachtung, dass in seinen Fällen neben typischen Papillomen schleimpolypenartige Fibrome beobachtet wurden. Bei diesem Punkt kommt er auf die Umwandlung gutartiger in bösartige Geschwülste zu sprechen und äussert sich dahin, dass er zwar diese Möglichkeit zugeben will, einen Fall von Uebergang selbst aber nicht beobachtet hat. Da, wo neben Carcinomen Papillome vorkamen, nimmt er an, dass der gleiche Reiz auf der disponirten Schleimhaut gutartige und bösartige Geschwülste gleichzeitig erzeugt habe.

An der Vorderfläche der hinteren Kehlkopffläche kommen gutartige Geschwülste selten vor. Einmal sah er ein wallnussgrosses Fibrom unter dem Rand des linken Stimmbandes. Seine Beobachtungen an 87 Kehlkopfkrebsfällen ergaben ihm Folgendes: Von den 87 Fällen waren 75 primäre Kehlkopfkrebse; von diesen ging das Carcinom in 44 Fällen direct vom Stimmband selbst oder dessen nächster Umgebung aus, und nur in 24 Fällen waren die Gebilde des Vorhofs der Ausgangspunkt. Bei diesen innerlichen Kehlkopfkrebsen sah er nie Lymphdrüsenschwellung, da die Kehlkopfknorpel einen Wall für das Weiterschreiten der Geschwulst bilden. Das Carcinom durchwächst aber schliesslich den Knorpel

und dringt in alle Gewebe ein, während das Sarkom die Gewebe, die nicht aus Bindegewebe bestehen, verschont; ebenso zeigt das Sarkom nie so tiefe Verschwärungen wie das Carcinom, nur hier und da durch Druck entstandene oberflächliche Ulcerationen. Da Papillome Bindegewebsgeschwülste seien, glaubt er, könne ein Papillom eher in Sarkom wie in Carcinom übergehen. Fälle sah er nicht.

Von der endolaryngealen Entfernung der Carcinome scheint er nicht viel zu halten. Er macht die Laryngofissur mit Excision des Stimmbandes oder die Totalexstirpation. Bei inoperablen Fällen empfiehlt er Tracheotomie und reichlich Morphium. Von neuropathischen Verengerungen der Glottisspalte sah er wirkliche Stenosen nur bei Posticuslähmungen, meist Drucklähmungen. Auch seine gutbeobachteten Fälle bestätigten ihm die Richtigkeit des Semon'schen Gesetzes.

Bei doppelseitiger Posticuslähmung hält er die Tracheotomie mit dauernder Belassung der Kanüle, die bei Tage verstopft werden kann, für das Richtigste.

Wohl das interessanteste Kapitel ist das Kapitel über die chirurgischen Eingriffe bei Kehlkopfstenosen. Obwohl er zugiebt, dass nach der Cricotracheotomie die Schwierigkeiten beim Decanülement häufiger auftreten, giebt er doch der oberen Tracheotomie und der Cricotracheotomie den Vorzug, weil bei der tiefen Tracheotomie das Mediastinum leicht eröffnet wird, interstitielles Emphysem eintritt und Eitersenkungen sich entwickeln. Namentlich bei Perichondritis empfiehlt er, ebenso wie Schrötter, die Cricotracheotomie, um den Herd der Krankheit gleich mit zu eröffnen. Diesen Satz schränkt er aber durch den Zusatz ein, dass man bei der Wahl der Stelle individualisiren müsse. Er giebt eine ausführliche Beschreibung aller Eventualitäten und Zufälle bei der Tracheotomie, die, weil sie aus seiner eigenen Erfahrung geschöpft sind, für den Fachmann äusserst belehrend sind.

Die schnelle Tracheotomie, die er „Tracheotomie en masse“ nennt, hat er 10 mal ausgeführt, 1 mal mit einem gewöhnlichen Federmesser. Für die „Operation der Zukunft“ hält er die Laryngofissur, die er 150 mal gemacht hat und zwar nur 1 mal mit letalem Ausgang. Er wendet dieselbe überall da an, wo eine ausgiebigere Ausräumung des Kehlkopfs, Excision von stenosirendem Narbengewebe, Wülsten oder Tumoren nöthig sind. Ebenso, wie schon erwähnt, bei primärem Larynxkrebs, in einigen Fällen hat er bei Recidiven bei demselben Patienten die Laryngofissur wiederholt gemacht. Er hält nur bei der Nachbehandlung für unumgänglich nöthig, dass eine Kanüle eingelegt wird und der Kehlkopf gut mit Jodoformgaze tamponirt wird. Dem sorgfältigen Beobachten dieser Maassregeln und der dadurch ermöglichten Behinderung von Einfliessen von Wundsekret in die Lunge schreibt er seine guten Erfolge zu.

Bei den Verengerungen in der Gegend der Trachealfisteln, über die er sich weiter verbreitet, setzt er auf Grund seiner reichen Erfahrungen die Verhältnisse in sehr klarer Weise auseinander und findet, dass die durch die Kanüle gesetzten Veränderungen, speciell die Einknickung der hinteren Wand, die hartnäckigsten und grössten Schwierigkeiten bieten. Was die Behandlung der Fälle anlangt, so hält er die Dilatation sowohl vom Mund aus mit den Schrötter'schen Instrumenten, Röhren und Bolzen, wie auch von der Fistel aus, mit gleichzeitiger oder nachfolgender Excision der Wülste für das geeignete Verfahren.

In manchen Fällen hat er dazu ein- oder mehrmalige Laryngofissur gemacht. Nach der Laryngofissur legt er von ihm selbst construirte T-förmige Tuben ein. In einigen Fällen mit starker Verengerung des Ringknorpels schnitt er aus demselben keilförmige Stücke aus. Das folgende Kapitel ist den Verengerungen der Luftröhre gewidmet. Auch hier empfiehlt er ein möglichst actives Vorgehen überall da, wo die Tracheotomie gemacht ist. Er hat zu diesem Zwecke sich Trachealrohre anfertigen lassen, durch welche er mittelst des Reflectors Licht in die Luftröhre wirft und dann mit Schlinge, mit dem Kauter oder mit seiner scharfen Trachealzange Granulationen, Neubildungen und Verengerungen in Angriff nimmt.

Selbst ein primäres Carcinom der Trachea hat er durch sein Rohr wiederholt ausgelöffelt und so die drohende Erstickung vermieden. Auch in 14 Fällen, wo Fremdkörper in die Trachea gerathen waren, gelang ihm die Extraction der Fremdkörper nach gemachter Tracheotomie durch seine Trachealrohre. Von den 14 Fremdkörpern fanden sich 10 im rechten Bronchus.

Sehr empfehlenswerth scheint das von ihm in zwei Fällen angewendete Verfahren zu sein, bei der Strumectomie die Tracheotomie zu vermeiden dadurch, dass man während der Operation dem Patienten einen langen Tubus durch den Kehlkopf führt.

Ein kurzes Kapitel über die Verengerungen der Bronchien und deren Verzweigungen beschliesst das inhaltreiche Werk, dessen eingehende Lectüre und Studium Allen, die sich klinisch oder operativ mit den Erkrankungen der oberen Luftwege befassen, auf das Wärmste empfohlen werden muss.

A. Thost (Hamburg).

c) **H. v. Schrötter, Bemerkungen über die Bedeutung eines systematischen Studiums des Skleroms.** Abdruck a. d. klin. Jahrbuch. Bd. VIII. Jena, Gustav Fischer. 1901.

Die Schrötter'sche Arbeit versucht aus dem bisher vorliegenden Sklerom-Material Anhaltspunkte über die klinisch und forensisch bedeutsamen Verhältnisse dieser Erkrankung zu gewinnen. Die Uebertragungsversuche auf Thier und Mensch — der Autor hat sich opfermuthig selbst Geschwulstheile einimpfen lassen — sind ohne Resultat geblieben. Die neuerdings erst mitgetheilten Angaben von Dor und Leblanc, wonach bei der Schnüffelkrankheit der Schweine der Sklerombacillus gefunden worden sei, bedarf der Nachprüfung. Agglutinations- und Immunisirungsversuche waren bisher erfolglos. Combinationen mit Tuberkulose, Lues und Carcinom kommen nicht vor. Neben dem typischen, bakteriell und histologisch wohl charakterisirten Rhinosklerom erkennt der Verf. eine Chorditis vocal. inf. non sclerotica als Folgezustand gewisser katarrhalischer und constitutioneller Erkrankungen an. Die Gesammtzahl der bisher beobachteten Fälle dürfte etwa 450 betragen; dieselben verbreiten sich anscheinend über fast ganz Europa. In Wien und Budapest sind vereinzelte Fälle beobachtet worden, die dort ihren Ursprung genommen zu haben scheinen. Die Verbreitungswege der Erkrankung und ihr Infectionsmodus lässt sich nach dem heut vorliegenden Beobachtungsmaterial noch nicht erkennen. Immer waren die Träger der Erkrankung Arme aus niederen socialen Verhältnissen. Den Schluss der lesenswerthen Ab-

handlung bildet eine Reihe von Vorschlägen, die bestimmt und geeignet sein dürften, eine genauere Erkenntniss des Rhinoskleroms anzubahnen.

Arthur Kuttner (Berlin).

---

d) Belgische oto-laryngologische Gesellschaft in Brüssel.

Sitzung vom 2. Juli 1901.

Vorsitzender: Ch. Gevaert (Gent).

Anwesend sind 35 Mitglieder.

Der Präsident eröffnet die Sitzung, indem er das Hinscheiden des Mitgliedes Dr. Feys in Constrai mittheilt und in einigen Worten der Inauguration der Büste von Ch. Delstanche am 20. Januar lfdn. Jahres im Sitzungssaale gedenkt.

Daraufhin giebt der Secretär seinen Jahresbericht und der Schatzmeister legt Rechenschaft ab über die finanzielle Lage der Gesellschaft.

Sodann werden einige Statutenänderungen der Gesellschaft angenommen, einige neue Mitglieder aufgenommen und der Austritt anderer bestätigt.

Castex und Menière in Paris werden einstimmig zu correspondirenden Mitgliedern gewählt.

Bei der Neuwahl des Bureaus für das kommende Jahr werden Goris zum Präsidenten, Beco zum Vicepräsidenten, Hennebert zum Secretär und Delsaux zum Schatzmeister ernannt.

Als Themata für die Tagesordnung der nächsten Jahresversammlung werden aufgestellt:

1. der Retropharyngealabscess (Berichterstatter: Laurent);
2. die Pathologie der Trachea (Berichterstatter: Beco);
3. die Olfactometrie (Berichterstatter: Capart jr.).

Sodann werden Kranke vorgestellt:

Beco führt ein $4^1/_2$ jähr. Kind vor, bei welchem er wegen diffuser Larynx- und Trachealpapillome die Tracheotomie, dann zweimal die Thyreotomie, das zweitemal verbunden mit totaler Fissur der Trachea, vorgenommen und schliesslich so eine definitive (seit 5 Monaten bestehende) Heilung erzielt hatte. Der kleine Patient war ausser seinen Papillomen mit adenoiden Wucherungen und hypertrophischen Mandeln behaftet. Die Trachealpapillome waren secundären Ursprungs und scheinen sich beim Tragen der Canüle entwickelt zu haben; jedenfalls zeigten sie sich nach der ersten Thyreotomie. B. empfiehlt selbstverständlich vor Allem den endolaryngealen Weg zur Entfernung der Larynxpapillome, wenn aber dies nicht gelinge, so solle man sofort die Laryngofissur vornehmen, da die einfache Tracheotomie nicht viel verspreche.

Was die Trachealpapillome anbelange, besonders die secundären im Gefolge von Larynxpapillomen, so sei denselben selten auf natürlichem Wege beizukommen und die Trachealfissur vorzunehmen. Wenn es nicht gelinge, die Neubildungen vollständig zu exstirpiren oder deren Entfernung auf äusserem Wege

von Recidiven gefolgt sei, so thue man gut, das Laryngotrachealrohr nicht sofort durch die Naht zu schliessen, sondern dasselbe einige Zeit lang durch die Tamponade offen zu halten und nicht eher eine Secundärnaht anzulegen, als bis der Verdacht neuer Recidive beseitigt wäre. Für die Entfernung und Zerstörung der Papillome biete der Galvanokauter mehrfache Vorzüge vor der blutigen Methode und eine bessere Garantie gegen locale und regionäre Recidive. — Die Operation sei je nach der Widerstandsfähigkeit des Patienten in einer oder mehreren Sitzungen vorzunehmen. Die endotrachealen Eingriffe auf äusserem Wege werden erleichtert durch die Anwendung von Cocain in der Chloroformnarkose.

Darauf stellt Beco einen Fall vor mit einer Kehlkopfaffection zur Feststellung der Diagnose: 70jähriger Patient, dessen Stimmbänder, besonders deren ligamentöser Bereich, der Sitz von Neubildungen ist, die sich als graulich-schmutzig-weisse, gefurchte Rasen, ähnlich denen von Soor oder Leptothrix, präsentiren und den Stimmbändern ein gedunsenes, aufgeweichtes Aussehen geben (mehr als wahrscheinlich papillomatöser Natur!); seit 1899 gelang es B. nicht trotz aller möglichen Eingriffe, eine wesentliche Aenderung in dem Localbefunde herbeizuführen.

Prof. Firket fand bei der mikroskopischen Untersuchung: Plattenepithelzellen, die eher geschwollen, ein wenig unregelmässig und wie zerknittert aussahen; es sind zwischen den Zellen keine Leukocyten zu finden, die einen Verdacht auf Syphilis rechtfertigten; trotzdem müsse man dabei im anatomischen Sinne an eine Epithelialverdickung, analog den Psoriasisplaques, denken.

Capart glaubt, es handle sich um eine diffuse Pachydermie und sieht in derartigen Patienten Tuberkulose- oder Carcinom-Candidaten.

Rousseaux empfiehlt die galvanokaustische Zerstörung, vor welcher Bayer ernstlich warnt. — Nach einer nachträglichen Notiz Beco's blieb der Zustand der Stimmbänder trotz Abschälung derselben mit Cauterisirung schliesslich derselbe, und da B. weder die Thyreotomie noch die Galvanocaustik für angezeigt findet, so überlässt er den Patienten auf sein Ansuchen hin während einiger Monate seinem Schicksal.

Parmentier berichtet über einen Fall von Ozaena der Trachea, den er mit Mentholölinjectionen behufs Erweichung und Herausbeförderung der Borken behandelt hatte.

Capart jr. demonstrirt an einem Präparate eine seltene Oberkieferhöhlenanomalie; der Sinus ist nach hinten oben weit entfernt von den Zähnen gelegen, von welchen aus man sonst demselben leicht beizukommen pflegt; die zunächst gelegene Alveole des Weisheitszahnes ist noch 17 mm von demselben entfernt. Die Alveolarpunction wäre daher in diesem Falle gescheitert und die Drainage von der Fossa canina aus wegen der Nähe der Orbita riskant gewesen.

Delie macht an der Hand einiger anatomischer Präparate eine ausführliche Beschreibung der Verhältnisse der Keilbeinhöhlen.

Delsaux zeigt eine Serie von Nasendilatatoren vor behufs langsamer und rapider Erweiterung der Nasenhöhlen; er hat dieselben aus Metall anfertigen lassen, weil die elfenbeinernen beim Sterilisiren leicht bröcklich wurden.

Labarre zeigt eine von ihm modificirte Beckman-Rousseaux'sche Curette vor, bei welcher die letztere mit einem Delstanche'schen Körbchen versehen und die Krümmung der seitlichen Decken der hinteren Nasenrachenwand entsprechend umgeändert ist.

Buys demonstrirt ebenfalls eine schneidende Curette, deren scharfes Querstück leicht über die Fläche der Instrumentferse vorspringt.

In der Nachmittagssitzung gab Prof. Schiffers seinen Bericht über die Tagesfrage „Sinusitis maxillaris". An der Hand von 20 Lichtprojectionen verschiedener Schädeldurchschnitte, welche die Disposition des Sin. maxill., seine normale und accessorische Communication mit dem mittleren Nasengang, des Infundibulum und seine nachbarlichen Beziehungen zu den anderen Höhlen, die verschiedenen Anomalien seiner Wände und die Capacitätsunterschiede derselben klar darlegen, giebt er ein ausführliches Referat über den heutigen Standpunkt dieser Frage.

An der darauf folgenden Discussion nahmen das Wort:

De Greifft, welcher Einspruch erhebt gegen die Mehrzahl der tiefgreifenden operativen Eingriffe, und überzeugt ist, dass man mit viel einfacheren Methoden auskommen kann. Er erachtet das Anlegen der Communicationsöffnuug mit der Nasenhöhle bei dem Luc'schen Verfahren für nicht gerade schädlich, so doch überflüssig, und begnügt sich bei seinem Operationsverfahren mit einer weiten Eröffnung der vorderen Sinuswand und vollständiger Entfernung der ganzen Sinusschleimhaut durch die Curettage, ohne eine Sutur der Mundhöhlenschleimhaut anzulegen, da diese, sich selbst überlassen, rasch wieder schliessen.

Delsaux ist der Meinung von Lermoyez (und der vieler Anderer vor Lermoyez!), dass man bei vielen Sinuskatarrhen nicht zu operiren brauche; er habe in seinem Spitaldienste einen Fall von Pansinusitis durch einfache Ausspülungen mit Salzwasser heilen sehen.

Capart jr. hält die Curettage für eine bedauernswerthe Methode, und auch Jauquet spricht sich gegen die grossen Operationen aus.

Broeckaert, gestützt auf die Statistiken, nimmt an, dass $^3/_4$ der Fälle durch Injectionen zu heilen und nur $^1/_4$ der Radicaloperation bedürftig sei.

Beco trachtet hauptsächlich dahin, den mittleren Nasengang frei zu machen und resecirt diesbehufs möglichst früh den Kopftheil der mittleren Muschel; der Ausspülung durch den Hiatus semilunar. bleibe, wenn sie gelinge, ihr ganzes Verdienst; die Punction mit Ausspülung durch den unteren Nasengang sei ihr aber überlegen, zumal ihre Ausführung äusserst rasch vor sich gehe und mit Cocain schmerzlos ausgeführt werden kann. Er ziehe zu ihrer Ausführung den geraden Troicart der gebogenen Krause'schen Nadel vor. Von der Drainage von der Alveole aus komme man allmälig ab; wenn die Radicaloperation nothwendig werde, so gebühre der Luc'schen Methode der Vorzug; er könne die Besorgniss De Greifft's einer Reinfection durch die Nase nicht begreifen, zumal er die durch den Mund nicht fürchte.

Schiffers resümirt die allgemeine Meinung dahin, dass man die Radicaloperation viel zu häufig vornehme und grosse Umsicht bei der Behandlung der Oberkieferhöhleneiterungen zu empfehlen sei; (ob dies aber dem Unfug, der mit den Radicaloperationen derselben hier getrieben wird, steuern wird, ist eine andere Frage! Bayer).

Broeckaert macht eine Mittheilung über die Complication der Abtragung adenoider Wucherungen mit acutem Gelenkrheumatismus; es sind ihm zwei derartige Fälle vorgekommen, bei welchen das eine Mal am 4., das andere Mal am 5. Tage nach der Operation ein acuter Gelenkrheumatismus von der Dauer von 3 Wochen sich einstellte.

Bayer berichtet über eine Vincent'sche diphtheroide Angina bei einem 32jährigen Mann, von der Dauer von 3–4 Monaten, die sich durch ihre äusserste Hartnäckigkeit, die allen möglichen Behandlungweisen widerstand. auszeichnete. Die Affection, welche anfangs die linke Mandel eingenommen hatte, breitete sich später auch auf die andere, auf den Unterzungenrand und die Unterlippe aus; 2 Versuche von Injectionen mit antidiphtherischem Serum brachten nur vorübergehende Besserung, waren dagegen von unangenehmen Complicationen von Seiten des Herzens — heftige Palpitation und Präcordialangst etc. begleitet, so dass davon Abstand genommen werden musste; die Localbehandlung mit Chromsäure, Trichloressigsäure, galvanocaustischer Zerstörung, Auskratzen mit dem scharfen Löffel, blieb ohne Erfolg bis endlich eine eingeleitete Arsenikbehandlung nebst roborirender Diät eine allmälige Umstimmung und Heilung herbeiführte.

Beco spricht über ein Recidiv bei einem vor zwei Jahren an einer linksseitigen Sinusitis frontalis mit der Radicaloperation behandelten Patienten, bei welchem er zufällig einen selbstständigen accessorischen linksseitigen Sin. frontal. mit eigenem Nasencanal entdeckt hatte. Die Spuren der die 2 linksseitigen Stirnhöhlen trennenden Scheidewand, sowie die der zwei Stirnnasencanäle konnten bei der Recidivoperation, welche in der sorgfältigen Entfernung und Zerstörung der resecirenden Scheidewände und der Anlage einer breiten Communication zwischen einem vorhandenen periorbitalen Diverticulum und der Nasenhöhle bestand, noch deutlich nachgewiesen werden.

Labarre bespricht die Anwendung des Nebennierenextractes in der Rhinologie mit Bezugnahme auf eine im Journ. Med. de Bruxelles gemachte Mittheilung, über welche in dieser Zeitschrift schon anderweitig referirt worden ist. Er betont, dass dieses Mittel neben seiner therapeutischen Rolle dazu berufen sei, der endonasalen Chirurgie werthvolle Dienste zu leisten, Dank seiner anästhetischen und hämostatischen Eigenschaften; doch dispensire seine Anwendung in der Mehrzahl der Fälle nicht von der Tamponade der Nasenhöhle nach blutigen Eingriffen.

Bei der Discussion ergreifen Delsaux, Copart, Beco und Buys das Wort; letzterer hebt hervor, dass das Mittel individualiter sehr verschieden wirke, indem sein vasoconstrictorischer Effect bei dem einen eine halbe Stunde dauere, bei andern 24 Stunden und noch länger, und wieder bei andern so vorübergehend sei, dass man nur noch die consecutive dilatatorische Phase zu beobachten bekomme.



Rutten (Lüttich) berichtet über eine angeborene Nasendifformität bei einem 3monatlichen Kinde, bei welchem eine einzige breite Nasenöffnung vorhanden ist, indem das häutige und knorpelige Septum narium fehlen und infolge dessen die Nase abgeplattet ist; ausserdem ist noch die Nasenspitze in ihrer Mitte gespalten, so dass sie, ähnlich der Hasenscharte, aus zwei abgerundeten Flügeln besteht. An der Stelle der Vereinigung des Septums mit der Oberlippe finden sich zwei durch eine Grube getrennte Erhöhungen. Diese Wülste tragen, ebenso wenig, wie die Nasenspitzenflügel, die Spuren irgend einer stattgehabten Entzündung. Ein Naevus der Nasenspitze und der angrenzenden Parthie der Oberlippe verleiht der angeborenen Anomalie einen noch abscheulicheren Anblick. Bayer.

III. Briefkasten.

Zwei Tagesfragen:

a) Die Reaction nach intranasaler Anwendung von Nebennieren-extract.

Königsberg i/Pr., den 9. Juli 1902.

Sehr verehrter Herr Professor!

Sie beobachteten, dass der blutungshemmenden Wirkung des Nebennieren-extractes bei operativen Eingriffen eine gegentheilige Reaction folgt, die sich in einer längere Zeit andauernden Blutung zeigt, als man sie ohne Anwendung des Mittels im Allgemeinen zu erwarten hätte. — Nach meinen Beobachtungen, die ich mit Adrenalinchlorid angestellt habe, ist eine Dosirung nach der Intensität der beabsichtigten Wirkung deswegen schwer, weil bei vielen Menschen schon enorme Verdünnungen und winzige Quantitäten des Präparates (schon Bruchtheile eines Tropfens einer $^1/_{100}$ proc. Lösung) im Bereiche der Applicationsstelle eine energische Wirkung ausüben. In einer vorläufigen Mittheilung (Allgemeine medic. Central-zeitung 1902, 31. Mai) habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass Adrenalin bei äusserlicher Anwendung nur auf die Capillaren, nicht aber auf die Gefässe contra-hirend wirkt. Auf diese Thatsache wurde ich durch die Beobachtung gelenkt, dass auf der adrenalisirten Schleimhaut Gefässe sehr deutlich hervortraten und sich gegen den abgeblassten Hintergrund auffallend abhoben, welche vorher in der allgemeinen Röthung aufgegangen und unsichtbar gewesen waren. In der ausführlicheren Publication, welche sich zur Zeit im Druck befindet (Archiv für Laryng. und Rhinol. XIII. 2), konnte ich durch Thierversuche die isolirte Wirkung des Adrenalins auf die Capillaren bei äusserlicher Anwendung nachweisen. Man sieht unter dem Mikroskope deutlich, dass die Capillaren (gleichzeitig ein neuer Beweis für ihre active Contractilität) nach einander, je nachdem sie vom Adrenalin erreicht werden, den Blutkörperchen den Eintritt verwehren und zum grössten Theile Blutkörperchenleer oder sogar auch Plasmaleer werden, während in den Gefässen die Circulation noch energisch vor sich geht, indem das arterielle Blut in unergriffene Collateralbahnen geschleudert wird. Der Blutungsstillstand muss also in dem Momente aufhören, in welchem die Capillaren wieder Blut aufnehmen; denn eine blutungshemmende Verstopfung der operativ geöffneten Capillaren durch Ge-rinnsel hat kaum stattgefunden oder doch nur in unzulänglicher, dem neuen An-prall des Blutes nicht gewachsener Weise, nämlich an denjenigen Stellen, wo etwa die Capillaren nicht Blut-leer, sondern nur Blutkörperchen-leer geworden waren und wo noch gerinnungsfähiges Plasma in ihnen zurückgeblieben war. Ich glaube deutlich beobachtet zu haben, dass das Aufhören der Adrenalinwirkung nicht nur ebenso allmählich geschieht. wie der Eintritt der Wirkung, sondern in wesentlich langsameren Etappen. Zu der Zeit also, in der an einzelnen Stellen das aus-

tretende Blut schon geronnen ist und die Blutung steht, hört an anderen erst die Adrenalinwirkung auf und beginnt die Blutung. So ist Ihre Beobachtung einer Verlängerung der Blutungszeit wohl begründet. — Was den Gesammtblutverlust anbetrifft, so dürfte derselbe jedoch kaum grösser sein als ohne Anwendung des Mittels. Ich glaube, dass man, um einen grösseren Gesammtblutverlust zu erklären, eine consecutive der Anämie folgende Hyperämie annehmen müsste. Eine solche consecutive Hyperämie habe ich nicht beobachten können. Schabt man mit Schmirgelpapier von der Haut des Vorderarmes einen Theil des Stratum corneum ab und zeichnet darauf mit Adrenalin (1 : 1000) mittels einen feinen Pinsels eine Linie, so erscheint dieselbe nach kurzer Zeit als weisser breiter Strich und verschwindet zuweilen erst nach Stunden; träte eine consecutive Hyperämie ein, so müsste der Strich später roth erscheinen; dies geschieht aber keineswegs; eine consecutive Hyperämie ist also nicht anzunehmen. — Dass die blutdrucksteigernde Wirkung des Nebennierenextractes der Blutung etwa Vorschub leiste, ist bei äusserlicher Anwendung von Adrenalin nicht gut denkbar, weil die Blutdrucksteigerung nur einer Einwirkung des Nebennierenextracts auf die Gefässe zuzuschreiben ist (Gerhardt), die Blutung aber erst nach Aufhören der contrahirenden Adrenalinwirkung eintritt. — Zur Stillung von rein capillären Blutungen, besonders von Spontanblutungen infolge vasomotorischer Störung, scheint mir das Adrenalin ein gutes Mittel zu sein, indem es die Capillaren in solchen Fällen über die Zeit der Neigung zur Blutung hinaus verengt und von keiner Erweiterung des Lumens über die Norm gefolgt ist. — Der Vortheil, unter Adrenalinwirkung bei wesentlich erweitertem Nasenlumen auf relativ blutfreiem Operationsfelde arbeiten zu können, ist jedenfalls so bedeutend, dass die Aussicht auf eine das normale Maass nicht übersteigende Nachblutung der Anwendung des Mittels nicht entgegenstehen kann. Der mannigfaltigen, nicht zu unterschätzenden Brauchbarkeit des Adrenalins für andere Zwecke habe ich in meiner ausführlicheren Arbeit Erwähnung gethan. — Was Ihre Beobachtungen der Wirkung auf die Secretion anbelangt, so könnten aus meinen obigen Ausführungen bestätigende, vielleicht aber auch einschränkende Schlüsse gezogen werden.

In vorzüglicher Hochachtung

Bukofzer.

b) Gefahren bei subcutaner Paraffinprothese der Nase.

Hamburg, 5. Juli 1902.

Verehrter College!

Zum Capitel der Folgezustände nach Paraffinprothesen-Bildung, deren Besprechung Sie in der Julinummer Ihres Centralblattes anregen, möchte ich nicht unterlassen, Ihnen mitzutheilen, dass vor einigen Wochen von einem hiesigen Collegen im ärztl. Verein ein Patient vorgestellt worden ist, bei welchem sich nach diesem Eingriff unter fürchterlichen Schmerzen und glaucomatösen Erscheinungen eine totale Amaurose des linken Auges entwickelt hat. Zufällig war das betreffende Auge auch schon früher sehschwächer als das rechte, aber wer garantirt dafür, dass solche Ereignisse nicht auch an völlig normalen Augen auftreten! Wenn man auf solche Folgezustände oder auch nur derartige, wie sie von Ihnen im Juli-Heft des Centralblattes sehr anschaulich geschildert worden, gefasst sein muss, dann ist, wie Sie sehr richtig bemerken, auch das beste kosmetische Resultat zu theuer bezahlt und man hat m. E. die Pflicht, jeden Patienten auf die event. Gefahren dieser „kosmetischen“ Operation aufmerksam zu machen. Ich glaube, dass sich dann nur wenige dazu entschliessen werden, den Eingriff bei sich vornehmen zu lassen.

Mit herzlichem Gruss Ihr

E. Fraenkel.

Frankfurt a/M., 5. Juli 1902.

Hochgeehrter Herr Professor!

Wenngleich ich nicht in der Lage bin, die „Gefahren bei subcutaner Paraffinprothese der Nase“, nach denen Sie im letzten Briefkasten Ihres geschätzten Central-

blattes fragen, durch selbst beobachtete Fälle beweisen zu können, so möchte ich doch nicht versäumen, die Aufmerksamkeit der Herren Collegen auf folgendes beachtenswerthe Vorkommniss zu lenken. In der Sitzung vom 4. Februar 1902 des ärztlichen Vereins in Hamburg (Deutsche med. Wochenschr. 1902, No. 14) wurde ein Fall vorgestellt, bei dem nach Paraffininjectionen wegen Sattelnase unmittelbar nach einer Injection Amaurose des linken Auges nebst anderen bedrohlichen, aber vorübergehenden Erscheinungen auftrat. Die Amaurose war dauernd. (Der Fall ist augenscheinlich identisch mit dem in der vorhergehenden Zuschrift erwähnten. Red.) In der Discussion wurde auch erwähnt, dass in letzter Zeit sogar Todesfälle durch Lungenembolie nach Paraffininjectionen vorgekommen seien. Ihre Frage, „ob auch von anderer Seite dauernde und schwere Störungen in der Nachbarschaft der Injectionsstelle beobachtet worden sind“, dürfte also durch das Vorkommniss einer Erblindung eine traurige Bejahung erfahren, und ich glaube, dass eine derartig schwer wiegende Complication der allgemeinen Kenntniss und weitgehendsten Verbreitung bedarf.

Mit vorzüglichster Hochachtung

Dr. M. Senator,
(Assistenzarzt der Herren Schmidt und Spiess
in Frankfurt a/M.).

St. Petersburg, 26. Juni 1902.

Hochgeehrter Herr Professor!

Auf die zweite von Ihnen im Centralblatt No. 7 1902 gestellte Frage möchte ich mir erlauben Folgendes zu antworten:

Bisher habe ich in 3 Fällen das Paraffin zur Correction der Sattelnase angewandt. Der erste Fall betraf eine 41jährige Luetikerin. Hier entwickelte sich sofort nach der Injection eine recht erhebliche Infiltration direct oberhalb der eingesunkenen Stelle und in beiden inneren Augenwinkeln. An der Nase ging das Infiltrat allmählich zurück, an den Augenwinkeln war es aber trotz Massage und Compressen noch bei der letzten Besichtigung, d. h. nach einem Monat vorhanden. Die Consistenz desselben ist eine harte, so dass eine vollständige Rückbildung nicht zu erwarten ist. Ueber der Prothese ist auch die Haut etwas infiltrirt und geröthet. Die Correction ist durchaus gelungen. Die Patientin wurde in der hiesigen syphilidologischen Gesellschaft vorgestellt.

Der 2. Fall betrifft ein 8jähriges Mädchen, das sich durch einen Fall eine Plattnase zugezogen hatte. Da ich im ersten Falle am Zustandekommen des Infiltrats die nachherige Abkühlung vermittelst Chloräthyl beschuldigte, so unterliess ich sie hier. Bei ihr trat nur eine ziemlich starke Infiltration der Haut über der Prothese auf, die nach einer Woche sich wenig verändert hatte.

Die dritte Patientin, eine Studentin der Medicin, 22 Jahre alt, hatte eine Sattelnase mässigen Grades, scheinbar auch luetischen Ursprungs. Hier wurde das beste Resultat erzielt, da so gut wie gar kein Infiltrat auftrat. Auch bei ihr unterliess ich die Abkühlung.

Wenn es mir noch gestattet sein sollte, einige allgemeine Bemerkungen zu machen, so möchte ich erwähnen, dass sich über die einzuspritzende Quantität keine Regel aufstellen lässt. Sie muss je nach dem Bedürfniss bemessen werden. Es ist wahrscheinlich, dass die Einführung von grösseren Quantitäten, welche eine starke Spannung der Haut erzeugen, leichter zur Infiltration führt. Es dürfte daher rathsam sein, bei grösseren Defecten die vollständige Correction in zwei oder mehreren Sitzungen anzustreben. In meinen Fällen habe ich ungefähr 0,5—0,75 g injicirt.

Der Schmelzpunkt des von mir angewandten Paraffins war nur 40° C. Die Temperatur des Paraffins bei der Einspritzung ist sehr schwer zu bestimmen, da sie in der Spritze und hauptsächlich während des Durchganges durch die Nadel stark sinkt. Direct vor dem Aufsaugen betrug sie 43°.

Wenn man wissen wollte, welcher Wärmegrad der Injectionsmasse für den Körper am zuträglichsten wäre, so müsste man in einem Raume operiren, wo die Temperatur bis auf 40° gebracht werden kann. Zu hohe Temperatur des Paraffins dürfte jedenfalls die Entwickelung des Infiltrats begünstigen. Ebenso scheint das Chloräthyl dabei eine Rolle zu spielen. Endlich glaube ich noch, dass das „Formen“ nach Stein nicht rathsam ist, denn 1. kann dadurch der Zweck kaum erreicht werden, da das Paraffin von 40° Schmelzpunkt bei gewöhnlicher Temperatur ausserhalb des Körpers stundenlang weich bleibt, also auch im Körper nicht früher erstarrt, 2. lässt sich wohl denken, dass dadurch das Aufsaugen des Paraffins in die Lymphwege und folglich auch die Entwickelung des Infiltrats begünstigt wird. Dagegen scheint es angebracht, während der Injection einen Druck auf die Seitenwände der Nase vermittelst der Finger auszuüben, um eben die Lymphgefässe zu comprimiren. In meinem letzten Falle hatte ich diese Vorsicht beobachtet.

Hochachtungsvoll Ihr ergebener

P. Hellat.

Der Briefkasten bleibt weiteren Einsendungen über beide Fragen geöffnet. Red.

Druckfehler-Berichtigung.

Im Anschluss an diese Briefe wünscht der Herausgeber einen sinnstörenden Satzfehler in seiner Schilderung des Falles von bleibender Infiltration in den Augenlidern im Briefkasten der letzten Nummer zu berichtigen. Die Patientin wurde nicht „acht Tage“ nach der Operation vorgestellt, wie es dort (Seite 307 Zeile 18 von unten) irrthümlich heisst, sondern „acht Monate“, und das ganz besonders Bedenkliche des Falles liegt nach Ansicht des Herausgebers in dem Umstande, dass sich nach Ablauf so langer Zeit nach der Operation noch weitere, schwere Folgen herausbildeten.

Der Herausgeber.

Bureau und vorläufiges Programm der Section 11b (Rhinolaryngologie) des 14. internationalen medicinischen Congresses.

Madrid 23. bis 30. April 1903.

Rhino-laryngologie.

Président: M. Eustasio Urunuela.
Vice-Présidents: MM. Francisco Rueda, Aurelio Enriquez y González.
Secrétaire: M. Celestino Compaired.
Secrétaires adjoints: MM. Antonio Garcia y Tapia, Angel Traver Sánchez-Arcilla.
Membres: MM. José Horcasitas y Torriglia, Olegario Sánchez Calvo, Luciano Barajas, Rafael Forns y Romans, Ernesto Botella, Erique Salcedo y Ginestal, Sixto Botella, Juan Cisneros, Baldomero González Alvarez, Federico Gómez de la Mata, Lope Carralero y González, Emilio Pérez Moreno.

Rapports.

1. „L'intervention chirurgicale dans toute espèce de cancer laryngé et dans toutes ses phases ou périodes est-elle convenable au point de vue médico-social?“ — Rapporteur: M. Sota y Lastra (Sevilla).

2. „Evaluation des traitements locaux de la tuberculose laryngée.“ — Rapporteurs: MM. Roquer Casadesus (Barcelona), Krause (Berlin), Grazzi (Florence), Masini (Gènes).

3. „La Rhinitis atrophique est-elle toujours de nature autoctone? Nécessité d'établir exactement son diagnostic pour fixer son traitement.“ — Rapporteurs: MM. Peláez (Granada), Moure (Bordeaux), Freudenthal (New-York).

Communication.

MM. M. Lermoyez et Mahu (Paris): „L'air chaud dans la thérapeutique rhinolaryngologique“.

Bureau und vorläufiges Programm der Abtheilung 21a Hals- und Nasenkrankheiten der 74. Deutschen Naturforscherversammlung.

Karlsbad, 21. bis 27. September 1902.

21. Abtheilung: Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Diese Abtheilung wurde auf Wunsch der Berliner und der Wiener Laryngologischen Gesellschaft, der Berliner Otologischen Gesellschaft, ebenso der Münchener Otolaryngologischen Gesellschaft in zwei Abtheilungen 21a und 21b getheilt. Die Theilung gilt vorläufig nur für die 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Bezüglich der von den genannten Gesellschaften gewünschten definitiven Trennung dieser Abtheilung wird in der nächsten Ausschusssitzung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte entschieden werden.

Abtheilung 21a: Hals- und Nasenkrankheiten.

Einführende: Dr. Isidor Müller (Karlsbad), Dr. Bandler (Prag.
Schriftführer: Dr. Imhofer (Prag), Dr. Steiner (Prag).
Sitzungslocal: II. Volksschule, Egerstrasse, Zimmer No. 4, I. Stock.
Frühstücks- und Mittagslocal: Hôtel „Goldener Schwan“, Kreuzgasse.

1. Brügelmann (Berlin): Das Asthma hystericum und die Asthmatherapie im Allgemeinen.
2. Cordes (Berlin): Demonstration neuer Naseninstrumente.
3. Flatau (Berlin): Ueber den Einfluss verschiedener Vocalstellungen auf den Kehlkopf.
4. Heymann (Berlin): Zur Anatomie und Pathologie der Nebenhöhlen der Nase.
5. Hoffmann (Dresden): a) Ueber Kiefercysten. Mit Demonstration mikroskopischer Präparate. b) Ein Fall von Wangenabscess nach Kieferhöhleneiterung.
6. Löwe (Berlin): Ueber die Ausräumung der Nase vom Munde her.
7. Müller (Karlsbad): Thema vorbehalten.
8. Rosenberg (Berlin): Ueber Pachydermia laryngis.
9. Rethi (Wien): Die secretorischen Nerven des weichen Gaumens.
10. Scheier (Berlin): Ueber den Blutbefund bei Kindern mit Wucherungen des Nasenrachenraumes.
11. v. Schroetter (Wien): Thema vorbehalten.

C. Gerhardt †.

Im Augenblick des Correcturabschlusses dieser Nummer geht uns die Trauerkunde vom Ableben eines der verehrtesten Senioren der Laryngologie, des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. C. Gerhardt (Berlin), zu. Der grossen Verdienste des Dahingegangenen um unsere Specialwissenschaft wird in unserer nächsten Nummer ausführlicher gedacht werden; heute sei nur den Hinterbliebenen der Ausdruck der herzlichsten Theilnahme dargebracht.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, September. 1902. No. 9.

I. C. Gerhardt †.

Immer mehr lichtet sich das kleine Häuflein der Männer, die einst an der Wiege der Laryngologie gestanden, dem neugeborenen Kindlein unserer Wissenschaft die Pfade geebnet, die Bahnen vorgezeichnet haben. Noch lebt im höchsten Greisenalter Manuel Garcia, noch wirken einige wenige der Pioniere unserer Wissenschaft in geistiger und körperlicher Frische und Rüstigkeit, aber ach, wie klein ist ihre Zahl geworden, wie oft hat in den letzten Jahren der Tod neue Lücken in ihre Reihen gerissen! —

Jetzt ist wieder einer unserer Besten dahingegangen. Am 21. Juli verschied, wie die Leser des Centralblatts bereits wissen, auf seinem Sitze Gamburg an der Tauber, nach langer Krankheit im 70. Lebensjahre Carl Gerhardt, der Wenigen einer, dessen Name in der ganzen Welt gleich bekannt, geachtet und geliebt war.

Im Jahre 1833 zu Speyer geboren, studirte er in Würzburg, promovirte 1856, war Assistent Bamberger's und Rinecker's in Würzburg, dann Griesinger's in Tübingen, und zeigte schon damals die Vorliebe für das Studium der Krankheiten des Kehlkopfs, der er sein ganzes Leben hindurch treu geblieben ist. Noch aus jener prälaryngoskopischen Zeit stammt seine Arbeit über den „Kehlkopfcroup" (1859). Im folgenden Jahre habilitirte er sich in Würzburg mit seiner bekannten Arbeit über den

„Stand des Diaphragmas". Schon 1861 wurde er als Ordinarius und Kliniker nach Jena berufen. 1872 kehrte er in gleicher Stellung nach Würzburg zurück und blieb dort bis 1885, wo er als Nachfolger von Frerichs nach Berlin berufen wurde. Dort ist er bis nahe zu seinem Lebensende als Professor der Medicin und Director der zweiten medicinischen Klinik verblieben. Im Beginne des Sommersemesters dieses Jahres zog er sich, schon seit längerer Zeit leidend, von seiner ärztlichen und amtlichen Thätigkeit zurück und verlebte die letzten Wochen seines Lebens auf seinem Gute in Gamburg. Sein Tod wurde durch ein schweres Herzleiden herbeigeführt. An seiner Bahre trauern mit der Gattin drei Söhne und vier Töchter.

Es ist hier nicht der Ort, rühmend die zahlreichen Titel, Würden und Auszeichnungen des Dahingegangenen aufzuzählen. Schlicht war sein Sinn, Manneswerth war ihm Alles, äussere Anerkennung wenig. So sei denn auch in diesem kurzen Nachruf nur derjenigen Eigenschaften gedacht, die ihn allen, die das Glück hatten, mit ihm in Berührung zu kommen, werth machten, und besonders derjenigen, die wir Laryngologen an ihm zu schätzen und verehren gelernt haben. Berufenere Federn werden an anderen Stellen die grossen Verdienste festlegen, die sich Gerhardt als innerer Kliniker, namentlich auf dem Gebiete der Brust- und Kinderkrankheiten erworben hat. Wir Laryngologen müssen ihm vor allem dafür dankbar sein, dass er sich das Interesse an der Laryngologie, zu deren Pionieren er gehörte, zu deren Casuistik er — zumal in seinen Würzburger und Jenenser Jahren — soviel und so bedeutendes beigetragen hat (stammt doch beispielsweise die erste Beschreibung der doppelseitigen Posticuslähmung von ihm), bis an das Ende seines Lebens nicht nur warm erhalten, sondern auch immer von Neuem wieder durch eigene Arbeiten, durch Anregung seiner Assistenten und Schüler zu laryngologischer Thätigkeit, durch Förderung der Interessen der Laryngologie, wo sich ihm immer in seiner einflussreichen Stellung Gelegenheit hierzu darbot, activ bethätigt hat. Seine laryngologischen Arbeiten sind — wie Alles, was er geschrieben hat — durch knappste Form, meisterhafte Klarheit, reichste Erfahrung, Unbefangenheit des Standpunkts, philosophische Weitsichtigkeit ausgezeichnet. —

Ein eigenthümliches Schicksal hat es gewollt, dass eine der trübsten Episoden von Gerhardt's Leben durch den Ruf bedingt wurde, den er sich als Kehlkopfarzt erworben hatte. Im Beginne der Erkrankung des Kaisers Friedrich als specialistischer Beirath zugezogen, stellte er frühzeitig die richtige Diagnose, wurde dann aber vollständig verdrängt und bis zum Augenblick, wo die Autopsie die Richtigkeit seiner Anschauung besiegelte, von einem grossen Theil der Presse aller Nationen auf's Heftigste und Unwürdigste befeindet und verhöhnt. Wir brauchen nicht von neuem auf diese

Dinge einzugehen. Die Leser des deutschen Berichtes über die Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten, der Brochüre „Friedrich der Edle und seine Aerzte", meines Artikels „Die Krankheit Kaiser Friedrich III. und die Laryngologie" im fünften Jahrgange des Centralblatts werden in diesen Publicationen Belege für das Gesagte finden. Hier sei mir nur vergönnt zu sagen, dass ich in jener schweren Zeit Gerhardt's ganze Seelengrösse und Vornehmheit der Gesinnung erkannt habe. Schon früher hatte ich das Glück gehabt, ihm näher zu treten; damals aber lernte ich ihn verehren! — Wohl wusste er, dass endlich die Wahrheit doch an den Tag kommen musste und konnte bis zu jenem Tage schweigen; wie viele aber würden, wie ich schon damals frug, gegenüber all' den niedrigen Schmähungen und Verdächtigungen, die sich damals mehr als ein Jahr lang über ihn ergossen, wirklich geschwiegen haben? — — Die Briefe, die er mir damals schrieb, die ich getreulich aufbewahrt und jetzt eben wieder durchgelesen habe, lassen die vornehme Natur die „mens conscia recti" des wackeren Mannes, seine rührende Schlichtheit und Einfachheit erkennen und zeigen uns, was wir an ihm verloren! —

Gerhardt war untersetzter Statur; in dem von einem kurzen Vollbart umrahmten, röthlichen Gesicht steckten zwei äusserst gescheute, etwas ironisch blickende Augen, die den Ausdruck des ganzen Gesichts unbedingt dominirten. Der Klang seiner Stimme war ein wenig barsch, seine Ausdrucksweise kurz, derb, prägnant. Der erste Eindruck war unzweifelhaft etwas einschüchternd. Wenn man sich aber durch die Schale zum Kern durchgearbeitet hatte, so fand man so viel Güte, Menschenfreundlichkeit, Unbestechlichkeit und Ehrlichkeit der Gesinnung, liebenswürdigen, etwas spöttischen Humor, Bewunderung alles Guten und Schönen, felsenfestes Vertrauen auf den endlichen Sieg der Gerechtigkeit und Wahrheit, dass man sich nicht glücklich genug schätzen konnte, einem solchen Manne näher getreten zu sein.

Wie die ganze Welt, so hat die Laryngologie viel, sehr viel an Carl Gerhardt verloren. Möge es ihr nie an solchen Männern fehlen, wie er einer war! —

Für die Einzelheiten des Lebensgangs des Verstorbenen bin ich seinem Assistenten, unserem Viceredacteur, Herrn Dr. Umber, für das nachfolgende Verzeichniss seiner laryngologischen Schriften seinem Sohne, Herrn Prof. Dietrich Gerhardt in Strassburg, sehr verbunden.

Felix Semon.

Gerhardt's laryngologische Schriften:

Kehlkopfcroup. Tübingen. 1859.

Casuistische Mittheilungen über Krankheiten der oberen Luftwege. Jenaische Zeitschr. Bd. III. Heft 2.

Zur Anwendung des Kehlkopfspiegels. Würzburger med. Zeitschr. Bd. I.
Erfahrungen über Cocainanwendung am Kehlkopf. Ther. Monatsh. 1888.
Kehlkopfgeschwülste u. Bewegungsstörungen der Stimmbänder. Wien 1896.
Die syphilitischen Erkrankungen des Kehlkopfs und der Luftröhre. Heymann's Handb. Wien 1898.
Studien und Beob. über Stimmbandlähmung. Virchow's Arch. 27.
Diagnose und Beh. der Stimmbandlähmung. Volkm. Vortr. 36.
Laryngol. Beiträge. Archiv für kl. Med. 11.
Accessoriuskrampf mit Stimmbandbetheiligung. Münchener med. Wochenschr. 1894.
Aeussere Untersuch. des Kehlkopfs. Archiv f. Laryng. II.
Breite Condylome am Kehlkopf. Virchow's Arch. 20. 21.
Die gelben Flecken der Stimmbänder. Virchow's Arch. 19.
Percussion des Kehlkopfs. Ibid. 24.
Laryngoskopie und Diagnostik. Berl. klin. Wochenschr. 1885. No. 95.

II. Referate.

a. Varia, obere Luftwege.

1) **Jonathan Wright. Nase und Hals in der Geschichte der Medicin. (The nose and throat in the history of medicine.)** *Laryngoscope. August und November 1901.*

Fortsetzung früherer Aufsätze, die eine interessante Serie darstellen.

EMIL MAYER.

2) **G. L. Richards. Bedeutung von Hals und Nase in der allgemeinen Praxis. (Nose and throat work for the general practitioner.)** *International Journal of Surgery. März 1901.*

Fortsetzung früherer Artikel, vornehmlich physiologischen Inhalts.

EMIL MAYER.

3) **Justus Sinexon. Die Verantwortlichkeit des practischen Arztes bei Erkrankungen derNase und des Halses. (The responsability of the general practitioner in diseases of the nose and throat.)** *American Medicine. 8. März 1902.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

4) **John Hunter. Nase und Hals in der allgemeinen Praxis. (Nose and throat in general practice.)** *N. Y. Medical News. 12. October 1901. Canadian Journal of Medicine and Surgery. October 1901.*

Ein langer Aufsatz, der nichts Neues bringt. LEFFERTS.

5) **Lamann. Meine Theorie des Abwehrsystems der oberen Luftwege. (Moja teoria shoronit s. werchdich putei.)** *Petersburg 1902.*

Im vorliegenden Aufsatze führt der Autor noch einmal im Zusammenhange seine Anschauungen über die Abwehr der oberen Luftwege vor. Lamann gebührt



ohne Frage das Verdienst, viele zusammenhanglose Thatsachen, die freilich auch früher im Sinne von L. gedeutet wurden, unter einen Gesichtspunkt gebracht zu haben. Die ganze Abwehreinrichtung gestaltet sich unter der Feder von Lamann zu einem imposanten physiologischen Phänomen. Wenn jedoch Viele den Aufsatz, bevor sie ihn ganz gelesen haben, bei Seite legen dürften, so liegt dies daran, dass der Autor das psychische Abwehrgesetz unberücksichtigt gelassen hat. Als reflexauslösend wirken in diesem Sinne: die erste Person des Pron. personal. und posses., welche in der Arbeit zu häufig vertreten sind, ferner die Neigung des Autors, dem Leser die Möglichkeit zu nehmen, selbstständig sich über das Neue resp. Alte ein Urtheil zu bilden. Durch ähnliche Beigaben kann auch die beste Nahrung zum Fremdkörper werden.

P. HELLAT.

6) **Lewis S. Somers. Urticaria der oberen Luftwege. (Urticaria of the upper respiratory.)** *N. Y. Medical News. 8. März 1902.*

Es ist schwer zu sagen, warum die Schleimhäute nicht häufiger von Urticaria befallen werden. Das rührt wahrscheinlich davon her, dass Irritationen, wie sie bei der äusseren Haut durch warme und kalte Luft bedingt werden, nicht vorkommen. Immerhin müssen aber ausserdem noch gewisse unberechenbare Factoren zum Schutz der Schleimhäute in Wirkung treten, wenn die Haut nur allein befallen ist.

Verf. berichtet von einem 18jährigen Mädchen, bei welchem gleichzeitig eine Urticaria an Haut und Schleimhäuten auftrat, welche auf den Genuss von Mandeln zurückzuführen war. Es trat eine schwere Dyspnoe mit kurzen, schwachen angestrengten Athemzügen auf, cyanotisches Gesicht, jugulare Einziehungen bei weit offenstehendem Mund und Ringen nach Luft. Das Gesicht war bis zur Unkenntlichkeit von Urticariabläschen bedeckt und dabei bestand Jucken am ganzen Körper und hochgradige Prostration der Kräfte. Die Zunge war stark geschwollen, die Stimme fast klanglos, die Uvula wie gelappt in Folge von zwei grossen Blasen, die auf ihr sassen, und die Schleimhaut des Mundes, des Rachens, der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten, soweit man hinabsehen konnte, geschwollen. Der Mundrachen wurde nun mit einer Cocainlösung gesprayt und als so die Schwellung beseitigt war, sah man, dass auch der Larynx in ausgedehntem Maasse befallen war, wobei sich nichts von Eruptionen zwischen den Taschenbändern fand. Der Patientin wurden Eisstückchen verordnet, Waschungen der Haut mit schwachem Karbolwasser, hohe Eingiessungen in den Darm. Unter Eis und Cocain gingen die Schwellungen schnell zurück und schon nach einer Stunde hatten die Schleimhäute wieder normales Aussehen. Gleichzeitig war die Nase durch die Eruption von Quaddeln verstopft, aber auch hier stellte sich bald die Durchgängigkeit wieder her. Auf der Höhe des Anfalles bestand völlige Taubheit in Folge von Verschliessung des Cavum tympani und der Eustachischen Röhre durch die Urticariaquaddeln.

LEFFERTS.

7) **Witten Booth Russ. Pemphigus, mit Bericht über einen Fall von Pemphigus foliaceus der Schleimhaut der Luftwege. (Pemphigus, with a report of a case of pemphigus foliaceus involving the mucous membrane of the respiratory tract.)** *American Medicine. 15. März 1902.*

Der Fall ist bemerkenswerth durch den ungewöhnlich schnell letalen Verlauf

in 15—20 Tagen nach Entwickelung der ersten Symptome von Pemphigus foliaceus. Das erklärt sich offenbar durch die Ausbreitung des Krankheitsprocesses auf die Schleimhäute des Mundes, des Rachens und des Kehlkopfes mit wahrscheinlicher Betheiligung auch der tiefer gelegenen Partien des Respirationstractus.

EMIL MAYER.

8) **H. Wallace. Fremdkörper in den oberen Luftwegen. (Foreign bodies in the upper air passager.)** *Brooklyn Medical Journal. Januar 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

9) **J. Sendziak. Ueber den Zusammenhang des Klimacterium mit gewissen Krankheiten des oberen Respirationstractus. (W spravie zwiazku okresu przejsciorego u kobiet [climacterium] z pernemi cierpieniami gornego odcinca drógoddechorych oraz uszór.)** *Noviny Lekarskie. 1902.*

Bei einer Kranken, welche in klimacterischen Jahren sich befand, beobachtete Verfasser nacheinander folgende pathologische Erscheinungen: Tonsillitis lacunaris, Epistaxis, Otitis media suppurativa, Abscessus tonsillae pharyngealis und Inflammatio acuta suppurativa antri Highmori.

A. SOKOLOWSKI.

10) **Martin du Magny** (Bordeaux). **Erkrankungen der Lunge im Anschluss an Affectionen der Nase, des Ohres und der Retropharyngealgegend. (Accidents pulmonaires consécutifs aux lésions du nez et de l'oreille et de la région retro-pharyngienne.)** *Académie de Médecine. 25. Juni 1901.*

Derartige absteigende Infectionen können zu allen möglichen Erkrankungen der Lunge führen, angefangen von anfallsweisen und keuchhustenähnlichen Hustenattacken bis zur Bronchopneumonie und echten lobären Pneumonie.

In solchen Fällen findet man denn zuweilen einen Eiterherd in Nase, Ohr oder Nebenhöhlen, und die von dem Nasenrachensekret angelegten Culturen zeigen die gleichen Mikroben wie die bronchopneumonischen Sputa.

PAUL RAUGÉ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **Castex. Die Entzündungen der Nasensinus. Diagnostisches Verfahren. (Les sinusites nasales. Procédés de diagnostic.)** *Bull. de laryng., otologie etc. Tome IV. 30. September 1901.*

Nichts Neues.

MOURE.

12) **E Larue Vasant. Kurze Bemerkung zur Pathologie, Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (A brief note on the pathology, diagnosis and treatment of nasal accessory-sinus affections.)** *Journal American Medical Association. 18. Mai 1901.*

Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf eine bisher weniger beachtete, chronische Affection der Nebenhöhlen, die darin besteht, dass die Ausgänge der Nebenhöhlen nach der Nase hin verlegt werden, weniger durch Polypen, verbogene Septen u. s. w., als vielmehr durch Schwellung und Verdickung der

Nasenschleimhaut an den Mündungsstellen der Ausführungsgänge der Sinus oder auch durch ganz kleine Schleimhautgranulationen. Diese Anomalien entsprechen denjenigen, wie sie zum Verschluss der Eustachischen Röhre führen können. In den letzten Jahren sind sie besonders häufig nach Influenzaanfällen beobachtet worden. Die Folge von derartigem Verschluss der Sinus sind entzündliche Veränderungen an den Schleimhäuten, die zu Eiterungen, in anderen Fällen auch nur zu einer chronischen Congestion der Schleimhäute führen. Verfasser rühmt die Erfolge, die er bei solchen Zuständen durch die Injection von heisser Luft unter Druck in die Nebenhöhlen erzielt hat.

EMIL MAYER.

13) **D. C. Bryant. Die pathologische Bedeutung von Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. (The pathological importance of diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *Medical Herald. Juli 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

14) **De Greift. Vorstellung eines Kranken mit Panysinusitis. (Présentation d'une malade atteinte du panysinusitis.)** *Annal. et Bulletin de la Soc. de Médecine d'Anvers. Janvier et Février 1901.*

In der Sitzung der medic. Gesellschaft von Antwerpen am 14. Decbr. 1900 stellt Verfasser eine Patientin vor mit Sinusitis frontal. ethmoid., maxill. und sphenoid. Die Ethmoidalsinusitis wurde mit Rectagen behandelt, die Sin. front. von aussen eröffnet, die Sin. maxill. durch Punction operirt. Rhinoskopisch kann man die Oeffnung des Sin. sphenoid. sehen.

BAYER.

15) **H. Cordes** (Berlin). **Beitrag zur Aetiologie der chronischen Nasennebenhöhlen-Empyeme.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. Marhold, Halle. V. No. 5. 1901.*

Sie entstehen aus einer genuinen acuten Coryza-Sinuitis, acuten Empyemen, die im Gefolge acuter Infectionskrankheiten auftreten, chronisch entzündlichen Zuständen des Naseninnern und des Nasenrachens, besonders Ozaena, ferner Zahnwurzelerkrankungen, in Folge von Syphilis; für letztere Möglichkeit spricht ein von C. beobachteter Fall, den er mittheilt. Weiter sind zu nennen: zerfallende bösartige Neubildungen, Fremdkörper in den Nebenhöhlen und Trauma.

A. ROSENBERG.

16) **Z. L. Leonard. Naseneiterungen. (Nasal suppuration.)** *Laryngoscope. 1901.*

Relativ häufig kommen hier eitrige Erkrankungen der Highmorshöhle, der Siebbeinzellen, der Stirnhöhle, der hinteren Siebbeinhöhle und der Keilbeinhöhle in Betracht. Weitaus in der Mehrzahl handelt es sich um die Highmorshöhle. In solchen Fällen ist dann die Robertson'sche Operation nach der Meinung des Verfassers allen anderen vorzuziehen. Im Anschluss daran müssen tägliche gründliche Spülungen vorgenommen werden, wodurch man eine definitive Heilung herbeiführen kann. Freilich muss der Sinus wenigstens sechs Monate lang offengehalten werden. Fälle, in welchen in dieser Weise vorgegangen wurde, verliefen bezüglich dauernden Heilerfolges am günstigsten.

Bezüglich der Erkrankungen der vorderen Siebbeinzellen dürfen wir uns

nicht verhehlen, dass unsere Kenntniss über die Pathologie desselben vor den exacten Untersuchungen Mackenzie's und Wright's nur sehr theoretische waren. Erkrankungen dieser Gegend bedürfen gründlicher Behandlung mit Curette und Zange und verlangen die Entfernung allen erkrankten Gewebes. EMIL MAYER.

17) **J. H. Halstead. Empyem der rechten Kiefer-, Siebbein- und Keilbeinhöhle mit plötzlicher Erblindung aut dem linken Auge. Operation. Heilung der Sehstörung. (Empyema of rhight maxillary, ethmoidal and sphenoidal sinuses with sudden blindness of the left eye. Operation. Recovery of sight.)** *Archives of Otology. Juni 1901.*

Titel giebt den Inhalt. EMIL MAYER.

18) **Richard Schwenn** (Breslau). **Ein Beitrag zur Lehre von den bösartigen Geschwülsten der Nebenhöhlen der Nase.** *Fraenkel's Archiv* f. *Laryngologie. Bd. IX. Heft 3. 1901. S. 351.*

Schw. giebt die Krankengeschichten folgender zehn Fälle:

1. Carcinom der Kieferhöhle complicirt mit Empyem. Durchbruch in die Wangengegend. Tumor Anfangs nicht diagnosticirt. Resection des Oberkiefers. Heilung, bald Recidiv.

2. Plattenepithelkrebs der Kieferhöhle. Empyem der Kiefer- und Stirnhöhle. Partielle Oberkieferresection. Bald Recidiv.

3. Rundzellensarkom wahrscheinlich vom Siebbein ausgegangen. Empyem der Siebbeinzellen, Durchbruch in die Orbita. Psychische Erscheinungen. Operation unvollständig. Exitus. Beide Stirnlappen vom Tumor ergriffen.

4. Spindelzellensarkom vom vorderen Theil des Siebbeins ausgehend. Intranasale Entfernung. Nach sechs Monaten gutes Befinden.

5. Hartes Papillom von den vorderen Siebbeinzellen ausgehend. Intranasale Entfernung. Empyem der Stirnhöhle.

6. Fibrosarkom der vorderen Siebbeingegend, Empyem der rechten Kieferhöhle. Nach wiederholter intranasaler Entfernung des Tumors Aufklappung der Nase, Radicaloperation unmöglich. Tod an Meningitis.

7. Carcinom von den hinteren Siebbeinzellen ausgehend. Sehr früh Augensymptome: Protrusio bulbi, Doppelbilder. Nasenbluten. Intranasale Entfernung. Später psychische Störungen.

8. Kleinzelliges Rundzellensarkom vom Siebbein ausgehend. Nasenbluten im Beginn. Unvollkommene intranasale Abtragung. Recidiv. Protrusio bulbi. Amaurose. Unvollständige Exstirpation nach Herunterklappen der Nase. Freilegung der Dura. Vorläufige Heilung. Entlassung.

9. Weiches Papillom vom Nasendach ausgehend, auf die Lamina perpendicularis ossis ethmoid. übergreifend. Intranasale Entfernung. Ziemlich lange dauernde Besserung. Recidiv nach Monaten.

10. Carcinom der Keilbeingegend. Erstes Symptom Otalgie. Langsames Wachsthum (seit $^3/_4$ Jahren).

In den klinischen Betrachtungen, die Verf. anknüpft, stellt er als allgemeine Symptome, die allen malignen Nasengeschwülsten gemeinsam sind, hin:

die Neigung zum Zerfall, die in den Nebenhöhlen sehr oft zur Eiterung führt; das rücksichtslose Fortschreiten, das in der Verdrängung und Einschmelzung von Skeletttheilen der Nase seinen Ausdruck findet; die Blutungen, die besonders bei den Sarkomen ein hervorstechendes Symptom bilden; und die Schmerzen, die als anfallsweise neuralgische oder als andauernde heftige Schmerzen auftreten. Verf. erörtert dann eingehend die speciellen Symptome, die für die Localisation des Tumors wichtig sind.

F. KLEMPERER.

19) **A. Jousset. Studie über einige neuere Operationen an den Gesichtshöhlen. (Etude sur quelques opérations nouvelles appliquées aux sinus de la face.)** *Nord médical. 15. April 1901.*

Verf. berichtet über seine eigenen Erfahrungen auf dem Gebiete der Stirn-, Keilbein- und Kieferhöhlenchirurgie mit den neueren Operationsmethoden.

A. CARTAZ.

20) **S. S. Bishop. Sprayungen und Insufflationen der Nebenhöhlen der Nase. (Spraying and insufflating the accessory nasal cavities.)** *Journal American Medical Accociation. 13. Juli 1901.*

Verf. empfiehlt zu dem Zweck eine Modification des Davison'schen Zerstäubers.

EMIL MAYER.

21) **Walter A. Wells. Die Nachbehandlung bei Operationen an den Nebenhöhlen der Nase. (The after-treatment of operations on the nasal accessory sinuses.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 25. Juli 1901.*

Die Hauptpunkte, die bei der Nachbehandlung zu beachten sind, sind folgende: Fortdauer der Eiterung nach der Operation, verursacht gewöhnlich durch Syphilis oder Tuberkulose, Unvollständigkeit der Operation, Bestehen von Polypen u. dgl. in der Nase, Eiterungen im benachbarten Sinus, unzweckmässige Localbehandlung.

Diese verschiedenen Punkte werden eingehender in ihrer Bedeutung für die Nachbehandlung dargestellt und häufige, gründliche Irrigationen als beste Behandlungsmethode empfohlen. Die günstigsten Resultate ergab die Behandlung mit 2- bis 5 proc. Protargollösungen, besonders in alternirender Application mit gründlichen Spülungen von 20—40 proc. wässerigen Glycerinlösungen. Unmittelbar nach der Operation sollen die Sinus mit Jodoformgaze austamponirt werden, die 36 bis 48 Stunden liegen bleibt. Zunächst werden die Sinus täglich und später jeden zweiten Tag irrigirt.

EMIL MAYER.

22) **A. Onodi** (Budapest.) **Das Verhältniss der Kieferhöhle zur Keilbeinhöhle und zu den vorderen Siebbeinzellen.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XI. Heft 3. S. 391. 1901.*

Durch Studien an 20 Schädeln hat O. festgestellt, dass die Kiefer- und die Keilbeinhöhle sich so ausbreiten können, dass beide ganz nahe bei einander liegen; beide können Ausbuchtungen haben, die einander erreichen und eine gemeinschaftliche dünne Wand haben. Ebenso finden sich die Kieferhöhle und die Siebbeinzellen, sowohl die hinteren wie die vorderen, bisweilen so eng mit einander ver-

bunden, dass nur eine gemeinsame dünne Wand beide trennt. Nimmt man noch hinzu die aussergewöhnliche Ausbreitung der Stirnhöhle, die zwischen den Lamellen des Orbitaldaches mit den Siebbeinzellen in Berührung kommt, so versteht man das Vorkommen der secundären Kieferhöhlenempyeme bei Empyemen der Stirnhöhle, der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle.

F. KLEMPERER.

23) **Buys. Anomalien der Highmorshöhle. (Anomalies de la'ntre d'Highmore.)** *Journ. Méd. No. 2. 1901.*

In der Sitzung der anatomisch-pathologischen Gesellschaft vom 14. December 1900 zeigt B. das Präparat einer Highmorshöhle vor, deren Capacität weitaus hinter der Norm zurückbleibt, deren Boden stark verdickt und welche ausserdem mit Schleimeiter ausgefüllt ist.

Ein anderes Präparat scheint angeborener Natur zu sein; die äussere Nasenwand ist nach aussen gebogen und beschränkt so den Inhalt des Antrums. Das gleiche Verhältniss auf der anderen Seite.

BAYER.

24) **G. Heermann** (Kiel). **Ein Fall, in dem die Kieferhöhle als Athmungsweg diente.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XI. H. 3. S. 472. 1901.*

Durch hereditäre Lues war die ganze Nase mit ihren Nebenhöhlen in eine einzige glatte Höhle verwandelt, die nach hinten durch Verwachsung und Verengerung des Rachens abgeschlossen war. Der Boden der rechten Kieferhöhle hatte eine Communication zum Munde; durch diese spülte der Patient vom Munde her die Nase aus und sog die Luft von der Nase her ein.

F. KLEMPERER.

25) **A. Bronner** (Bradford). **Erkrankungen der Kieferhöhle, ihre Symptome, Ursachen und Behandlung. (Diseases of the maxillary antrum, their symptoms causes and treatment.)** *Journal British Dental Association. Mai 1901.*

Verf. beschreibt die Symptome, welche gewöhnlich derartige Erkrankungen begleiten. Er betont dabei, dass die Zähne bei Erkrankungen der Kieferhöhle oft auf Druck schmerzhaft sind, und dadurch häufig die irrthümliche Vorstellung entsteht, dass Zahnerkrankungen meistens den Kieferhöhlenerkrankungen zu Grunde liegen. Er citirt die Untersuchungen Zuckerkandl's, der nachwies, dass in 300 Fällen nur einmal ein directer Zusammenhang zwischen Empyem und Zahncaries bestand. Die Fälle dentalen Ursprungs gehen aus: a) von den Zähnen, b) von einer Periostitis der Alveolarfortsätze. Die Mehrzahl der Fälle sind auf Erkrankungen der Nase zurückzuführen und entstehen: 1. durch Ausbreitung einer Erkrankung der Nasenschleimhaut durch die Ostien, 2. durch Eindringen von Schleim oder Eiter durch die Ostien, 3. durch Verschluss der Ostien in Folge von Hypertrophie der Schleimhaut oder von Polypen. Die Behandlung soll in Eröffnung des Antrums an der tiefsten Stelle und Offenhaltung der Oeffnung bis zum Schwinden des Ausflusses bestehen. Acutes Empyem heilt meist ohne chirurgische Intervention. Bei den chronischen Krankheitsformen kann das Antrum durch den mittleren oder unteren Meatus, den Alveolarprocess oder die Fossa canina eröffnet werden. Verf. bevorzugt in den meisten Fällen die Eröffnung durch den Alveolarfortsatz. Jedenfalls empfiehlt er bei Kranken bis zum sechsten oder siebenten Lebensjahre, das Antrum durch den mittleren Meatus und nicht durch die Al-

veolen zu eröffnen, jenseits dieser Altersgrenze wird der mittlere Meatus zu hoch und der untere ist nicht tief genug. Vor der Operation wendet Verf. Eucain β an. Nach Ansicht des Verfassers wird das Drainrohr meist zu früh entfernt, und soll 4—6 Wochen liegen bleiben. Nach seiner Ansicht kürzen Aristol und Borsäureinsufflationen, 3—4 mal täglich ausgeführt, die Behandlungsdauer wesentlich ab. Wenn die Eiterung nach 4—5 Wochen nicht aufhört, liegt gewöhnlich eine Knochenerkrankung oder Polypenbildung vor. Das Ostium sollte wenigstens so erweitert werden, dass es einen Finger durchlässt und so eine gründliche Untersuchung der Höhle ermöglicht. Wenn die Alveole nicht gross genug ist, muss eine ausgiebige Oeffnung durch die Fossa canina gemacht werden, und offenbar bevorzugt Verf. diese Stelle zur Operation, wenn die Zähne gesund sind. Die Kieferhöhle soll dann ausgeschabt und einige Tage lang mit Gaze drainirt werden.

JAMES DONELAN.

26) **Sargnon** (Lyon). **Rechtsseitige Kiefernhöhlenentzündung dentalen Ursprungs mit Herausbeförderung einer Zahnwurzel auf natürlichem Wege durch Spülungen. Erfolglosigkeit der Spülungen. Radicalheilung durch die Luc'sche Methode. (Sinusite maxillaire droite d'origine dentaire avec issue d'une racine dentaire par les vois naturelles au cours d'un lavage. Insuccès des lavages. Cure radicale par la méthode de Luc.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 20. März 1901.*

Titel giebt den Inhalt.

PAUL RAUGÉ.

27) **M. Castex** (Paris). **Schwere Kieferhöhlenentzündung beim Neugeborenen. (Sinusite maxillaire grave chez un nouveau-né.)** *Revue hebd. de laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Beobachtung an einem fünfwöchentlichen Kinde, bei welchem eine Kieferhöhleneiterung zu einer Nekrose des Orbitabodens und Gaumendaches geführt hatte. Es handelte sich um Staphylokokkeninfection, die von der Mutter, welche an einer Mastitis litt, auf das Kind übertragen worden war.

MOURE.

28) **Otto Jacobsohn** (Berlin). **Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 32. 1901.*

Demonstration in der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 24. 7. 01 eines nach dem harten Gaumen perforirten Highmorshöhlenempyems.

SALOMON (ZARNIKO).

29) **Courage. Behandlung der Kiefernhöhleneiterung. (Du traitement de l'empyème du sinus maxillaire.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Gegen die acuten Sinusentzündungen nasalen Ursprungs empfiehlt Verf. Mentholinhalationen, gegen diejenigen dentalen Ursprungs Drainage und Spülungen durch die Alveolen.

Die chronischen Kieferhöhlenentzündungen sind entweder mit Drainage von den Alveolen aus oder in hartnäckigen Fällen mit Eröffnung und Curettement von der Fossa canina her zu behandeln.

A. CARTAZ.

30) **Emmenegger** (Schripfheim). **Ueber die Operation der eiterigen Sinuitis maxillaris mit besonderer Berücksichtigung der supraturbinalen Resection (Siebenmann).** *Baseler Dissert. Schaffhausen. 1900/01.*

Neben der Besprechung der verschiedenen Eröffnungsarten giebt Verf. eine eingehende anatomische Erörterung der medianen Wand des Sinus im Bereich des mittleren Nasenganges, deren Hauptstützpunkt der Proc. uncinatus ist und welche, abgesehen von dem Hiatus semilunaris, noch andere Knochenlücken, accessorische Ostien, aufweist, durch welche der Sinus auch sondirt und ausgespült werden kann. Neben dem Proc. uncinatus machen verschiedene Knochenbälkchen die knöcherne Wandung des Sinus im mittleren Nasengange aus. Siebenmann hält nun diesen Theil der medianen Sinuswand für den geeignetsten zu einer ausgiebigen Eröffnung des Antrum Highmori. Der Patient könne sich von hier aus leichter ausspülen und weniger schmerzhaft als von der alveolaren Oeffnung aus. S. operirt hier mit dem kleinen Finger, mit dem er die ganze Wandung einfach eindrückt und zerreisst, nöthigenfalls unter Zuhilfenahme des scharfen Löffels. Die Fetzenreste entfernt er mit Zange oder Schlinge. Zugleich kann der Finger das ganze Antrum vollständig abtasten. Eine Jodoformtamponade schliesst die Operation. Die chirurgisch entschieden geistreiche Methode wird sich noch weiterhin bewähren müssen. Jedenfalls scheint die unmittelbare Reaction grösser zu sein als bei den anderen Methoden, ausgenommen vielleicht die breite Eröffnung an der Vorderwand nach Küster und Billroth. Die Heilerfolge sind noch unentschieden und nicht zahlreicher als bisher. Nicht einmal der einzige acute Fall kam einstweilen zur Heilung. Auf zehn genau beschriebene Fälle kommen zwei Heilungen. S. empfiehlt sie natürlich nur bei chronischen Empyemen.

JONQUIÈRE.

31) **L. de Pouthière. Die chirurgische Behandlung des Empyems der Highmorshöhle. (Le traitement chirurgical de l'empyème de l'antre d'Highmore.)** *Annales Méd. chir. du Hainant. No. 9. 1901.*

Der Autor spricht sich für die Caldwell-Luc'sche Methode der Operation des Empyems der Highmorshöhle aus. Heilung in 3—4 Wochen bei 13 nach dieser Methode behandelten Patienten.

BAYER.

32) **Weiser** (Wien). **Beiträge zur Technik der Mundchirurgie.** (Vortrag, geh. bei der 40. Jahresversammlung des Centralvereins Deutscher Zahnärzte.) *Wien. zahnärztl. Monatsschr. No. 8. 1901.*

W. bearbeitet das Thema „nach welcher Methode eröffnet man das Antrum Highmori?“ in einer sehr umfangreichen Arbeit.

Bei der Besprechung der Anbohrung vom Processus alveolaris macht der Autor einige Bedenken namhaft, die jedoch höchstens vom Standpunkte des Zahnarztes begreiflich erscheinen. — Dass bei noch so abnormer kümmerlicher Entwickelung des Antrum Highmori das Vorhandensein eines Recessus zygomaticus noch das Constanteste ist, ist für W. die wichtigste Indication für die Eröffnung der Höhle von der Fossa canina aus. Nicht uninteressant ist die Erörterung der Prothesenfrage.

CHIARI.

33) **J. A. Stucky. Chronisches Empyem der Kieferhöhlen. Operation und Behandlung. (Chronic empyema of the maxillary sinus: operation and treatment.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. Juni 1901.*

In allen Fällen wurde ein Theil der mittleren Muschel mit Scheere und Schlinge entfernt und dann die Operation von der Fossa canina her vorgenommen.

EMIL MAYER.

34) **Betz** (Heilbronn). **Ein Fall von Gelenkrheumatismus mit Erythema exsudativum als Folgeerscheinung einer Kieferhöhleneiterung.** *Memorabilien. 43. Jahrgang. 8. H. 1900.*

Bei einer 54jähr. Frau traten nach etwa 14tägigem Bestehen eines acuten Empyems der rechten Kieferhöhle die oben genannten Erscheinungen auf.

SEIFERT.

35) **R. Panse. Ein Fall von Kiefer- und Keilbeinhöhlentuberkulose mit tödtlichem Ausgang.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 3. p. 478. 1901.*

Aus der Krankengeschichte ist bemerkenswerth die plötzliche Erblindung der Patientin; der Opticus erwies sich später als an der Durchtrittsstelle käsig zerfallen.

F. KLEMPERER.

36) **Jacques** et **Bertemès. Gutartige Tumoren der Gesichtshöhlen, vornehmlich der Kiefernhöhle. (Des tumeurs bénignes des sinus de la face, en particulier du sinus maxillaire.)** *Rev. hebd. de laryng. 22. Juni 1901.*

Es handelt sich um paradentäre Cysten sowie um entzündliche und gutartige Tumoren. Als Beispiel für letzten berichten die Verff. über einen Fall von Papillom der Kieferhöhle, das mit Erfolg operirt wurde.

E. J. MOURE.

37) **Puzey. Bösartiger Polyp der rechten Highmorshöhle. (Malignant polypus growing from the right antrum of Highmore.)** *Liverpool Medical Chir. Journal. September 1901.*

Verf. berichtet über einen Patienten, bei dem er einen malignen Tumor der rechten Highmorshöhle operativ entfernte, der die Highmorshöhle und die hintere Nasenhöhle rechterseits völlig ausfüllte. Die Form des Oberkiefers war in keiner Weise alterirt. Der Tumor verursachte grosse Schmerzen und war seiner Natur nach ein Sarkom.

LOGAN TURNER.

38) **Jacques** (Nancy). **Die Entwicklung der Stirnhöhlen in ihren Beziehungen zum äusseren Charakter des Gesichtes. (Du développement des sinus frontaux dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage.)** *Congrès des Sociétés savantes, Nancy 9.—13. April 1901.*

Die Arbeit bestätigt zum Theil die Untersuchung von Hajek und Zuckerkandl. Verfasser resumirt dahin, dass die Form des Gesichts und insbesondere der Grad, um den die Augenbrauen hervorspringen, keinen Anhalt giebt, über die Grösse der Stirnhöhlen. Die Entwickelung dieser Höhlen kann nach hinten zwischen die Augenhöhlen bis zum Keilbein hin vor sich gehen. Die äussere Betrachtung des Gesichts vermag uns auch nicht über die Höhenausdehnung der Sinus zu unterrichten.

PAUL RAUGÉ.

39) **Suarez de Mendoza. Ueber eine Anomalie der Stirnhöhlen, die den Erfolg einer Operation auch bei richtiger Ausführung in Frage stellen kann. (Sur une anomalie des sinus frontaux pouvant compromettre le succès de l'opération de sinusite la mieux conduite.)** *Progrès médical. 19. Januar 1901.*

Verf. macht auf eine Abnormität aufmerksam, die er 3mal angetroffen hat, und die bereits von Anger und Beco beschrieben ist. Es handelt sich dabei um das Bestehen ein- oder doppelseitiger überzähliger Stirnhöhlen, die mit der eigentlichen Stirnhöhle ganz ausser Zusammenhang stehen und einen besonderen Nasofrontalkanal besitzen. Verf. beobachtete sie hinter der Stirnhöhle nur durch eine vollkommene Scheidewand von ihr getrennt, die in der Mitte ein kleines, kaum für eine Nadel durchgängiges Loch hatte. Diese accessorische Höhle war 3 cm lang und 8 mm tief.

A. CARTAZ.

40) **Reymond W. Payne. Anomalien der Stirnhöhle und ihre Bedeutung für chronisch eitrige Erkrankungen derselben. (Anomalies of the frontal sinus and their bearing upon chronic suppurative sinusitis.)** *Journal American Medical Association. 27. Juli 1901.*

Verf. empfiehlt in der Abhandlung, die vorwiegend chirurgischen Inhalts ist, eine Modification der Kuhnt'schen Operationsmethode zur Eröffnung der Stirnhöhlen.

EMIL MAYER.

41) **Etienne Rollet** (Lyon). **Nasoorbitale Hyperostose als Zeichen einer Erweiterung der Stirnhöhle. (De l'hyperostose naso-orbitaire, signe de la distension du sinus frontal.)** *Lyon médical. 31. März 1901.*

Die Mucocelen der Stirnhöhle gehen häufig mit einer Missgestaltung der Nasenwurzel einher, derart, dass dieselbe anstatt concav von oben nach unten und in transversaler Richtung concav zu verlaufen eine ganz ebene Oberfläche in Folge der naso-orbitalen Hyperostose darbietet.

PAUL RAUGÉ.

42) **E. Fletcher Ingals. Empyem der Stirnhöhle. (Empyema of the frontal sinus.)** *Journal American Medical Association. 27. Juli 1901.*

Mittheilung bekannter Thatsachen.

EMIL MAYER.

43) **Braunschweig. Ueber combinirtes Empyem der Gesichtshöhlen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1901.*

Allgemeines über Nebenhöhlenempyeme und deren Beziehungen zur Orbita speciell, mit ausführlicher Krankengeschichte eines 22jährigen Mannes, dem die rechte Stirnhöhle wegen Empyems eröffnet wurde.

SCHECH.

44) **Herzfeld** (Berlin). **Rhinogener Stirnlappen-Abscess, durch Operation geheilt.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 47. 1901.*

Bei einem 20jähr. Patienten bildete sich im Anschluss an eine acute Stirnhöhleneiterung ein Abscess des linken Lobus frontalis, der bis auf verminderte Pulsfrequenz keine Hirnsymptome machte. Nur eine gewisse Stupidität war vorhanden. Nach Wegmeisselung der hinteren Sinuswand wurde der Abscess entleert. Vollständige Heilung.

SALOMON (ZARNIKO).

45) **C. Compaired** (Madrid). **Zwei Fälle von Trepanation des Stirnsinus. (Dos casos de trepanacion del sino frontal.)** *Revist. de Medic. y Cirurg. Practic. No. 21. Juli 1900.*

In beiden Fällen handelte es sich um polypöse Neubildungen in der Nasenhöhle und consecutive Athmungsbeschwerden mit Cephalalgie und respectivem Oedem des oberen Augenlides. Die Operation bestand in der klassischen Trepanation des Sinus und Erweiterung der Verbindung desselben mit der Nasenhöhle.

R. BOTEY.

46) **G. Avellis. Ueber die Bedeutung der Schleimhautgeschwüre bei der acuten Nebenhöhleneiterung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. Heft 3. S. 396. 1901.*

A. hat in zwei Fällen von acuter Stirnhöhleneiterung, die der Selbstheilung, auch nach intranasaler Operation, widerstrebten, bei der Operation von aussen Schleimhautgeschwüre gefunden, die er als den Grund des Chronischwerdens in diesen Fällen ansieht. Er behauptet: „Es giebt acute Fälle von Nebenhöhleneiterung, bei denen der Knochen durch Schleimhautzerstörung entblösst und oberflächlich nekrotisch ist und Granulationsbildung im Gefolge hat. Solche Fälle zeichnen sich klinisch aus durch eine exorbitante Steigerung der üblichen Schmerzen und sind auch nicht durch die gebräuchliche intranasale Therapie zur Heilung zu bringen."

„Eine gewöhnliche Trepanation mit ergiebiger Drainage führt zur Heilung, so dass eine Verödung der Höhle, wie bei chronischen Fällen mit Schleimhautgeschwür und Granulationsbildung, unnöthig und die Entstellung des Gesichts dem Patienten zu ersparen ist".

F. KLEMPERER.

47) **Thelwall Thomas. Operation zur Heilung von Stirnhöhleneiterung. (An operation for the cure of frontal sinus suppuration.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. September 1901.*

Nach kurzer Besprechung gewisser anatomischer Fragen beschreibt Verfasser eine Operationsmethode, deren Hauptpunkte sind: Incision am Orbitalrande, Entfernung eines Theiles der vorderen Stirnhöhlenwand, Entfernung von Polypen und Sequestern unter möglichster Schonung der Schleimhaut, ausgiebige Oeffnung nach der Nase hin durch Durchbrechung der vorderen Siebbeinzellen, Einlegung eines Gummidrains, dessen unteres Ende aus dem Nasenloch und dessen oberes Ende aus der Wunde hervorsieht.

Mittheilung von vier geheilten Fällen.

A. LOGAN TURNER.

48) **M. Mouret** (Montpellier). **Beziehungen der Stirnhöhle zur Siebbeinhöhle. (Des rapports du sinus frontal avec le sinus éthmoidal.)** *Rev. hebd. de laryng. 22. Juni 1901.*

Sehr interessante Untersuchungen, die die auf dem internationalen Congress 1900 mitgetheilten Arbeiten ergänzen.

E. J. MOURE.

49) **J. R. Pooley. Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen und Abscess der Augenhöhle. (Empyema of the frontal and ethmoidal sinuses and orbital abscess.)** *Philadelphia Medical Journal. 6. Juli 1901.*

Interessant an diesem Fall ist die plötzliche acute Exacerbation einer chronischen Stirn- und Siebbeinhöhlenentzündung mit schweren Allgemeinerscheinungen, intensiver Schwellung der Lider, Chemosis, Protrusio bulbi und Behinderung der Augenbewegungen, alles Erscheinungen, die auf das Bestehen eines Abscesses in der Augenhöhle hinweisen. EMIL MAYER.

50) **C. C. Rice. Die Bedeutung einer Prophylaxe chronischer eitriger Siebbeinentzündung durch prompte Localbehandlung. (The importance of preventing chronic suppurating ethmoiditis by prompt local treatment.)** *Laryngoscope. 1901.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

51) **George C. Harlan. Abscess der Orbita, ausgehend von Siebbeinerkrankung. Curettement durch die Orbita und Drainage durch die Nase. (Abscess of the orbit from disease of the ethmoid; curetting through the orbit and draining throug the nose.)** *Philadelphia Medical Journal. 11. Mai 1901.*

Verf. führt die Jansen'sche Operation aus, nur dass er anstatt der Tamponade der Höhle mit Gaze, wie sie Jansen vornimmt, durch das Nasenloch drainirte und die Wunde durch Naht schloss. EMIL MAYER.

52) **J. Morrison Ray. Abscess von Siebbein und Kieferhöhle. (Abscess of the ethmoid and antrum of Highmore.)** *Archives Pediatrics. Juni 1901.*

Es handelt sich um ein 4jähriges Kind, bei dem die Affection seit 3 Jahren bestand. Die Symptome bestanden in einer Oeffnung nach aussen unterhalb des Auges, Ektropion und Eiterausfluss. EMIL MAYER.

53) **Hnbbard. Orbitalabscess. (Orbital Abscess.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Der Abscess schien von einer Infection durch die vorderen Foramina ethmoidalia auszugehen. Die Stirnhöhle war anscheinend nicht betheiligt.

EMIL MAYER.

54) **Emma E. Musson. Rareficirende Ostitis bei chronischer Eiterung des Siebbeins, atrophische Rhinitis vortäuschend. (Rarefying osteitis in chronic empyema of the ethmoid simulating atrophic rhinitis.)** *Proceedings Philadelphia Country Medical Society. September 1901.*

Bei atrophischer Rhinitis entdeckt man auch durch gründlichste Sondirung nichts von entblösstem oder cariösem Knochen, während bei Siebbeinerkrankungen die vorsichtig in der Richtung des ausfliessenden Eiters eingeführte Sonde gewöhnlich auf blossen oder rauhen Knochen stösst. EMIL MAYER.

55) **Rroeckaert Glaskörpertrübungen und Netzhautablösungen infolge von Sieb- und Stirnbeinhöhlenentzündungen. (Opacités du corps vitré et décollement rétinien, à la suite de sinusite éthmoïdo-frontale.)** *La Belgique Méd. No. 2. 1901.*

62jährige Frau, Nasenschleimpolypen und übelriechender eitriger Nasenfluss

links, hervorgerufen von einer Sinusitis ethmoidofrontalis purul. Ophthalmoskopisch wurden eine Netzhautablösung des unteren Abschnitts der Retina und zahlreiche flockige mobile Trübungen des Glaskörpers nachgewiesen. Operation nach Luc und Auskratzen einer Siebbeinzelle auf natürlichem Wege. Vollständige Heilung der Nasenschleimhaut; der Glaskörper hellt sich auf, nur die Netzhautablösung bleibt bestehen; auf dem intacten Theil der Netzhaut wird die vollständige Sehschärfe wieder gewonnen.

BAYER.

56) **A. Baurowicz. Ein Fall von Mucocele des Siebbeinlabyrinthes mit Veränderung in der Augenhöhle. (Przypadek btednika sitewego ze zmianami w oczodole.)** *Przeglad lekarski. No. 27. 1901.*

Die Arbeit wurde auch im Archiv für Laryngologie, zwölfter Band, Heft 2, deutsch veröffentlicht.

v. SOKOLOWSKI.

57) **M. Gaudier** (Lille). **Ein Fall von Keilbeinhöhlenentzündung. (Un cas de sinusite sphenoidale.)** *Rev. hebd. de laryng. 15. Juni 1901.*

Es handelt sich um einen Fall bei einem 25jährigen Patienten, den Verf. mit Dilatation der Sinusmündung durch Volkmann'sche Curette nach Resection des hinteren Abschnittes der mittleren Muschel behandelt hat.

E. J. MOURE.

58) **Furet** (Paris). **Chronische Keilbeinhöhlenentzündung. (La sinusite sphenoïdale chronique.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 19. 11. Mai 1901.*

Zusammenfassende Uebersicht über den Stand der Frage, unter besonderer Berücksichtigung der Symptomatologie, der Untersuchungsmethoden und vornehmlich der Behandlung. Von den 3 Wegen, die zur Keilbeinhöhle führen, nämlich dem natürlichen intranasalen, dem Weg durch die Stirnhöhle oder durch die Kieferhöhle, bevorzugt Verf. entschieden den letzten, und hatte gute Erfolge damit aufzuweisen.

E. J. MOURE.

59) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Ueber Ausschabung der Keilbeinhöhle bei recidivirenden Nasenpolypen. (Over curettage van den sinus sphenoidalis bij recidiveerende neuspolypen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 17. 1901.*

Demonstration eines Patienten in der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde bei dem G. vor 6 Jahren polypöse Wucherungen aus der linken Nasenhöhle entfernt hatte. Seitdem hat Patient noch ab und zu Kopfschmerz und Schwindel gehabt. Jetzt fand G. wieder einen grossen Polypen unter der Oeffnung des Sinus und kleine Polypen auf dessen vorderer Wand. Die Oeffnung wurde mit dem Schaeffer'schen Löffel erweitert und Granulationen aus der Höhle entfernt. Die Ausschabung wurde noch 2, 3 Mal wiederholt und Wattetampons mit Bor-Vaselin eingeführt. Patient ist seitdem auffällig gebessert; der Kopfschmerz nahezu verschwunden. Eine ziemlich starke elastische Schwellung auf der linken Seite am hinteren Theil des Septum, aus welcher G. keinen Eiter aspiriren konnte, und welche wenige Tage nach der Operation verschwand, schreibt G. einem Ausläufer der Keilbeinhöhle im Septum, wie von Sieur und Jacob abgebildet, zu. G. erwähnt noch drei weitere, vor Kurzem von ihm behandelte Fälle. In allen vieren bestand chronische Keilbeineiterung mit Polypen



und ohne Fötor. In 2 Fällen bestand hartnäckiger Kopfschmerz, der erst nach der Operation verschwand. In keinem seiner Fälle war eine Resection der mittleren Muschel erforderlich. Für die Anbohrung rühmt er den zugespitzten scharfen Löffel Schaeffer's, während für die Ausschabung ein breit abgerundeter Löffel zweckmässig ist. H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

60) **G. Boenninghaus. Der Rachen von Phocaena communis Less.** *Zool. Jahrbücher. 17. Bd. 1. Heft. 1902.*

Der Verf. dieser „biologischen Studie" hat sich die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, „welche Veränderungen der Rachen der Zahnwale gegenüber den Durchschnittsverhältnissen bei den Landsäugethieren als den Vorfahren der Wale erlitten, durch welche entwicklungsgeschichtlichen Vorgänge diese Veränderungen zu Stande gekommen, welche functionelle Veränderungen sich aus dem anatomischen ergeben, welche Vortheile sie für das Leben im Wasser bieten und endlich, welchem Landsäugethier der Zahnwal im Bau seines Rachens am nächsten stehe". Ein Resumé der interessanten Resultate dieser Arbeit lässt sich nicht in kurzen Sätzen geben und ein eingehenderes Referat würde zu viele Specialfragen berühren, die ausserhalb des Rahmens des laryngologischen Centralblatts liegen. So muss mit dem Bemerken, dass hier eine vergleichend anatomische und physiologische Studie vorliegt, die wichtige neue Thatsachen und Schlüsse bringt, auf das Original sebst verwiesen werden. R. SEMON.

61) **Forundarena** (Madrid). **Ein neues semiologisches Zeichen des Diabetes, an die Hand gegeben durch die Untersuchung des Rachens. (Un curioso signe semiologico de la diabetes sacarina, suministrado per el examen de la garganta.)** *Revist. de Medic. y Cirurg. Pract. No. 21. November 1900.*

Verf. berichtet einen Fall, bei dem er die Diagnose des Diabetes in Verdacht hatte — der nachher bestätigt worden ist — wegen des Befundes des Pharynx, Trockenheit mit Blässe und längliche Faltenbildung der Schleimhaut, welche wie lackirt aussieht. R. BOTEY.

62) **Lewis S. Somers. Acute Streptokokken-Pharyngitis. (Acute pharyngitis of the streptococcal type.)** *Medicine. Januar 1902.*

Mittheilung derartiger Fälle und Befürwortung einer Classification nach der Natur der Krankheitserreger. EMIL MAYER.

63) **W. E. Casselberry. Typische Fälle von membranöser Pharyngitis. (Types of membranous pharyngitis.)** *Journal American Medical Association. 20. Juli 1901.*

Verf. berichtet über zwei derartige Fälle, von denen er den einen als Streptokokkenpharyngitis, den andern als Staphylokokkenpharyngitis betrachtet, wobei jedoch fraglich ist, ob diese Mikroorganismen wirklich auch die Erreger der Krankheit waren. Verf. betont die Schwierigkeit, in manchen Fällen Herpes von richtiger membranöser Pharyngitis zu unterscheiden. EMIL MAYER.

64) **Arthur G. Root. Rachenmycosis. (Pharyngo-Mycosis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1901.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

65) **John A. Thompson. Mycosis des Rachens. (Mycosis of the fauces.)** *Cincinnati Lancet clinic. 1. Februar 1902.*

Bericht über einen Fall. Nichts Neues. EMIL MAYER.

66) **B. Lapowski. Lichen planus am Körper, Mund und Rachen. (Lichen planus on the body, month and pharynx.)** *Laryngoscope. December 1901.*

Demonstration eines Falles. EMIL MAYER.

67) **St. Clair Thomson. Die Grundsätze der Behandlung der tuberculösen Pharyngitis. (The principles of treatment of tuberculous pharyngitis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1901.*

Verf. zieht folgende Schlussfolgerungen: Der Infectionsherd ist erfahrungsgemäss im Crico-arytaenoidgelenk oder dessen nächsten Umgebung. Viele Fälle kommen erst zur Beobachtung, wenn therapeutisch nichts mehr zu hoffen ist. Das „Primum non nocere“ soll in erster Linie beobachtet werden. Es muss eine möglichst frühzeitige Diagnose gestellt werden und jeder hartnäckige und verdächtige Katarrh muss ernsthaft genommen werden. Nach gesicherter Diagnose muss der Patient nach den modernen Principien der Anstaltsbehandlung behandelt werden. Die symptomatische Behandlung erstreckt sich auf die Bekämpfung der katarrhalischen Reizzustände und der Verlegung der Luftwege. Der Kranke darf um so weniger sprechen, je mehr der Krankheitsherd auch das Arygelenk befallen hat. EMIL MAYER.

68) **Ch. Lenhardt. Die Syphilis des Rachens. (La syphilis du pharynx.)** *Rev. méd. de Normandie. 25. April 1901.*

Die Mittheilung betrifft mehrere klinische Fälle, und zwar secundäre ulceröse Spätsyphilide, die 6 Jahre nach Beginn der Erkrankung auftraten, ulceröse Frühsyphilide, gummöse retropharyngeale Syphilide, Verwachsung der hinteren Gaumenbögen, und endlich hereditäre Syphilis der Nase und des Gaumensegels bei einem 12jährigen Knaben. A. CARTAZ.

69) **Weil. Demonstration eines recidivirenden Lymphangioma cavernosum der hinteren Rachenwand.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 29. März 1901.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 14. 1901.*

17jähriges Mädchen, seit 1896 beobachtet — alljährliches Recidiv —, 1898 mittelst Pharyngotomia lateralis exstirpirt, während der Tumor früher galvanokaustisch entfernt wurde. Gegenwärtig dasselbe Bild wie vor 5 Jahren, weswegen abermals chirurgisch vorgegangen werden wird. CHIARI.

70) **Huybrechts. Fremdkörper im Halse. (Corps étranger de la gorge.)** *La Presse Méd. Belge. No. 17. 1901.*

$3^1/_2$jähriges Kind, welches ein bleiernes Spielzeug mit 2 Spitzen in der Grösse von 3 ccm verschluckt hatte. H. entdeckte dasselbe vermittelst der Röntgen-

strahlen, eingekeilt im oberen Theil des Pharynx, und es gelang ihm, dasselbe mit dem Zeigefinger mobil zu machen und zu entfernen. BAYER.

71) **W. Stanley Samson, Seltener Fremdkörper im Pharynx. (Unusual foreign body in the pharynx.)** *Laryngoscope. October 1901.*

Ein viereckiger Knochensequester war bei einer syphilitischen Frau vom Gaumen herabgefallen und spielte so die Rolle eines Fremdkörpers.

EMIL MAYER.

72) **E. Perez Morens** (Madrid). **Ein Fall von Retropharyngealabscess. (Un caso de absceso retrofaringeo.)** *Revista de Especialid. Medicae. No. 36. 1900.*

Bericht eines Falles von retropharyngealem Abscess bei einem 45jährigen Manne. Die Eröffnung und Heilung erfolgte ohne Complication. R. BOTEY.

73) **Esser** (Kreuzan). **Zur Behandlung der Retropharyngealabscesse.** *Dissert. Kiel. 1901.*

Bericht über 2 Fälle aus der Helferich'schen Klinik, bei welchen die Eröffnung des Abscesses am hinteren Rande des M. sterno-cleidomastoideus vorgenommen wurde. SEIFERT.

74) **J. Crespo** (Valencia). **Technik der Behandlung der Retropharyngealabscesse der Kinder. (Tecnica del tratamiento de los abscesos retrofaringeos de los ninos.)** *La Medicina Valenciana. No. 3. Mayo 1901.*

Des Verf.'s Verfahren besteht darin, dass man die Arme des Kindes am Rumpfe befestigt und durch einen Assistenten den Kopf in richtiger Stellung für den Operateur halten lässt. Der Abscess wird dann je nach seinem Sitze vertical eröffnet. Es genügt nachher ein Neigen des Kopfes nach vorn oder nach der Seite, um dem Eiter aus dem Munde freien Ausgang zu verschaffen. Die Reinigung des Abscesses erfolgt darauf durch häufige Munddouchen. R. BOTEY.

75) **Ligorio. Der acute Retropharyngealabscess der Kinder. (L'ascesso retrofaringeo acuto nei bambini.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. October 1901.*

Verf. veröffentlicht 14 Krankengeschichten; verhältnissmässig häufig wurde die Eröffnung des Abscesses von aussen her gemacht. Die Bemerkungen, die Verf. an diese Krankengeschichten knüpft, über Wunden in Mund und Nase als Eingangspforte der Eitererreger und über die Rolle, die für die Aetiologie des Retropharyngealabscesses die eitrige Entzündung der Drüsen spielt, bieten nichts Originelles. FINDER.

76) **S. Pearson. Der acute Retropharyngealabscess bei Kindern. (The acute retro-pharyngeal abscess of infants.)** *Lancet. 26. October 1901.*

Derartige Fälle werden gewöhnlich nicht diagnosticirt. Die Digitaluntersuchung führt am sichersten zur Diagnose.

Mittheilung von 12 Fällen. A. BRONNER.



77) **W. Mackenzie** (Melbourne). **Ein Fall von retropharyngealer Entzündung und Abscessbildung. Intubation. Tracheotomie. Heilung. (A case of retropharyngeal inflammative abscess. Intubation. Tracheotomy. Recovery.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Mai 1901.*

Es handelt sich um eine Erkrankung bei einem zwölfmonatlichen Kinde. Verlauf ergiebt sich aus der Ueberschrift.

A. T. BRADY.

78) **B. P. Key. Grosser Pharynxabscess, verursacht durch Sondirung nach einer Zahnplatte, die vermuthlich im Oesophagus sass. (A large abscess of the pharynx caused by probing for a plate of false teeth, that supposedly lodged in the esophagus.)** *American Medicine. 17. August 1901.*

Der Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER.

79) **Georg Kien** (Strassburg). **Retropharyngealabscess nach Otitis media purulenta. (Retropharyngeal abscess after otitis media purulenta.)** *Archives of otology. August, October 1901.*

Mittheilung von vier Fällen; in einem Falle war eine chronische purulente Otitis Ursache der Erkrankung. Wenn sich im Pharynx bereits eine Fistel gebildet hat, wenn der Abscess nicht zu gross ist und nur die geringste Möglichkeit besteht, vom Warzenfortsatz aus mit Erfolg auszugehen, ohne eine ausgedehnte Senkung oder Retention befürchten zu müssen, thut man gut, eine breite Communication zwischen Abscess und Warzenfortsatz anzulegen und die Nachbehandlung von hier aus zu leiten.

EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

80) **Royer G. Perkins. Bakteriologie und Pathologie der Diphtherie. (Bacteriology and pathology of diphtheria.)** *Cleveland Medical Gazette. Mai 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

81) **Anna Wessels Williams. Die Morphologie des Diphtheriebacillus. (The morphology of the diphtheria bacillus.)** *Proceedings of the New York Pathological Society. Mai 1901.*

Mittheilungen bakteriologischen Inhalts.

EMIL MAYER.

82) **Edward Perkins Carter. Differentialdiagnose der Diphtherie. (Differential diagnosis of diphtheria.)** *Cleveland Meaical Gazette. Mai 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

83) **Kamen. Ueber Pseudodiphtherie.** (Wissenschaftl. Verein der k. k. Militärärzte der Garnison Wien. Sitzung vom 9. März 1901.) *Wien. klin. Wochenschrift. No. 30. 1901.*

Nach K. sind die bakteriologischen Diagnosen der Diphtherie ohne Thierversuche unvollständig und alle die in neuester Zeit angegebenen Methoden der Schnelldiagnose, soweit sie sich nur auf den mikroskopischen und culturellen Nachweis ihres Erregers stützten, nur Wahrscheinlichkeitsdiagnosen.

CHIARI.

84) **Leiner** (Wien). **Ueber Influenzabacillen als Mischinfection bei Diphtherie.** *Wien. klin. Wochenschrift. No. 41. 1901.*

Beobachtung von elf Diphtheriefällen mit Influenzapneumonien, welche alle descendirende Diphtherie zeigten. Auch fand er in diesen Fällen die für Influenzapneumonien charakteristische centrale Vereiterung. CHIARI.

85) **Adler** (Prag). **Ein Fall von Diphtherie mit Abstossung einer ungewöhnlich grossen Pseudomembran.** *Prager medicin. Wochenschrift. No. 39. 1901.*

Die Membran, welche den Ausguss des Kehlkopfes und der oberen Trachea darstellt, rührt von einer 20jährigen, an Diphtherie erkrankten Patientin her und wurde nach Intubation ausgehustet. CHIARI.

86) **Glorieux. Ein Fall von Polyneuritis diphtheritischen Ursprungs bei einem 45jährigen Mann. (Un cas de polynévrite d'origine diphtérique chez un homme de 45 ans.)** *Journal de Neurologie. No. 13. 1901.*

Patient, nicht hereditär belastet, Nichtalkoholiker, ohne syphilitische Antecedentien und Excesse in Venere, erkrankt am 27. Februar 01 an einer Angin. diphth.; Löffler'sche Bacillen nachgewiesen. Injectionen mit antidiphtheritischem Serum während vier Tagen; hütet das Zimmer bis 18. März. Am 25. März Gesichtsstörungen, zu welchen sich Motilitätsstörungen, vorherrschend an Händen und Füssen gesellen. Verschwinden der Sehnenreflexe; Fortbestehen des Pharynx-, Conjunctival- und Hornhautreflexes. Die electrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bleibt erhalten. Es besteht eine grosse idiomusculäre Erregbarkeit im Contrast zum Verschwinden der Sehnenreflexe. Prognose günstig. BAYER.

87) **Thomas** (Genève). **Notiz über den Gebrauch starker Desen von Diphtherieheilserum.** *Revue méd. Suisse rom. No. 9. 1901.*

Statistische Untersuchung an Genfer Spitalfällen und Constatirung der Erfolge grosser Dosen. Nichts Neues. JONQUIERE.

88) **Rabenovitch. Wichtige Gesichtspunkte betreffend die Dosirung des Antitoxins. (Important points concerning the dosage of antitoxin.)** *Cincinnati Lancet clin. 11. Mai 1901.*

Verf. empfiehlt, als Dosis nicht weniger als 3000 Einheiten zu wählen, die in 2—6stündigen Intervallen, je nach der Schwere des Falles und der Wirkung, wiederholt werden soll. EMIL MAYER.

89) **P. H. Sawyer. Antitoxin bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *Cleveland Medical Gazette. Mai 1901.*

Enthusiastische Lobpreisung des Heilserums. EMIL MAYER.

90) **Joseph v. Kofron. Larynxintubation bei Diphtherie. (Laryngeal intubation in diphtheria.)** *Cleveland Medical Gazette. Mai 1901.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

91) **Knöspel** (Karlsbad). **Zur Casuistik des erschwerten Decanulements nach Tracheotomie.** *Prager medicin. Wochenschr. No. 23 u. 24. 1901.*

Es handelte sich um ein wegen Diphtherie tracheotomirtes Kind, das in den

ersten Wochen nach der Tracheotomie das Bild einer Granulationsstenose zeigte. Im Zusammenhange mit derselben trat alsbald eine Narbenstenose auf und es kam noch überdies zu einer durch Narbenzug hervorgerufenen Verziehung und Knickung der Trachealwände. Da alle üblichen Dilatationsverfahren erfolglos blieben, wurde in Narkose die Trachea freigelegt und die narbigen Verbindungen durchtrennt. Durch den Reiz der Canüle kam es jedoch abermals zur Stricturirung der Trachea. Das Kind starb an Pneumonie.

CHIARI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

92) **Edm. Meyer** (Berlin). **Ueber die Luftsäcke der Affen und die Kehlkopfdivertikel. (Ein Beitrag zur vergleichenden Anatomie des Kehlkopfs.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. 1. S. 1. 1901.*

An einem grösseren Material studirt M. die Anatomie der Luftsäcke beim Affen, ihren histologischen Bau und ihre Physiologie. Daran anschliessend stellt er die vorhandenen Fälle von Kehlkopfdivertikel zusammen, (von denen er einige nachzuuntersuchen in der Lage war und denen er einen neuen hinzufügt) und vergleicht die hierbei vorliegenden Verhältnisse mit den bei Affen angetroffenen. 9 Tafeln illustriren die Ergebnisse der fleissigen Studie.

F. KLEMPERER.

93) **Alexander** (Berlin). **Ein Fall von Laryngocele ventricularis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 32. 1901.*

Verf. demonstrirt in der Berl. med. Ges. vom 10. Juli 1901 einen Patienten, dessen linke Taschenlippe sich bei der Phonation zu einem Tumor aufbläht in Folge Lufteintritts in den Appendix.

SALOMON (ZARNIKO).

94) **M. Gorel** (Lyon). **Ein Fall von Eversio ventricularis. (Un cas d'version ventriculaire.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Die wirkliche totale Umstülpung des Ventrikels ist eine anatomische Unmöglichkeit. Meistens versteht man darunter eine ödematöse Schwellung in Folge acuter oder chronischer katarrhalischer Affection oder einer allgemeinen, syphilitischen oder tuberculösen Erkrankung, oder einem ventriculären Tumor, der nach aussen vorspringt, wie in vorliegendem Fall (Fibrolipom).

E. J. MOURE.

95) **O. Chiari** (Wien). **Beitrag zur Kenntniss des Baues der sogen. Sängerknötchen.** *Fraenkel's Archiv f Laryngologie. Bd. XI. 3. S. 415. 1901.*

Ch. hat in einer grösseren Reihe von typischen Sängerknötchen, die er in Serienschnitten völlig untersuchte, keine Drüsen oder Drüsenreste gefunden. Er kann sich danach der Theorie B. Fränkel's von dem drüsigen Ursprung dieser Gebilde nicht anschliessen. Er hält die Knötchen für umschriebene Hypertrophien des Stimmbandrandes, welche durch länger dauernde Reizungszustände entstehen. Sitzt zufällig an der typischen Stelle eine Drüse oder ihr Ausführungsgang, so nimmt auch diese oder dieser an der Bildung des Knötchens Theil — es ist das selten, war aber in einigen von B. Fränkel demonstrirten und in 3 von Alexander's Beobachtungen sicher der Fall — aber sie sind nicht die eigentliche Ursache der Knötchenbildung.

F. KLEMPERER.

96) **Beco. Diffuse Larynx- und Trachealpapillome bei einem 4½jähr. Knaben. Tracheotomie; 2 Thyreotomien; vollständige Trachealspaltung. Heilung seit zwei Monaten. (Papillomes diffus du larynx et de la trachée chez un garçon de 4½ ans; Trachéotomie; deux thyrotomies; fissure totale de la trachée guérison depuis 2 mois.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 2. 1901.*

Cfr. Bericht über die Jahressitzung der Belg. otolaryngologischen Gesellschaft vom 2. Juni 1901. Der Titel besagt den Inhalt. BAYER.

97) **Emil Mayer. Papillomatöse Geschwülste. (Papillomatous growths.)** *Laryngoscope. Februar 1901.*

Verf. beschreibt papillomatöse Geschwülste, die aus dem Larynx eines 30jährigen Mannes stammen, welcher Januar 1901 in seine Behandlung kam. Seit dem voraufgehenden October litt der Kranke an Heiserkeit. Die Tumoren befanden sich durchweg im oberen Abschnitt des Larynx. Von Januar bis Juli befand sich Patient in Behandlung und fast in jeder der 40 Sitzungen wurden Geschwulsttheilchen entfernt. Die Stimme wurde wieder hergestellt und Recidive sind seither nicht aufgetreten. Nach der Aussage der pathologischen Anatomen handelte es sich um gutartige Geschwülste. Der Fall ist deshalb interessant, weil man selten Papillome in so grosser Zahl auftreten sieht. AUTOREFERAT.

98) **Mouselles** (Florenz). **Ueber die Kehlkopfpapillome der Kinder und deren Behandlung.** *Arch. f. Kinderheilkde. 31. Bd. 3. H. 1901.*

Zur Beseitigung der Papillome bei kleinen Kindern empfiehlt M. einen dem von Löri angegebenen Instrumente ähnlichen Abschaber, der aus einem Griff mit Stiel besteht, der an seinem freien Ende eine Schraube trägt. Der wesentlichste Theil des Instrumentes besteht aus einem hohlen Cylinder aus Metallblech, der am unteren Ende abgerundet ist und etwa 1½ cm von diesem Ende entfernt, eine scharfwandige, ovale, ziemlich weite Oeffnung hat. Dieser Cylinder ist nach allen Seiten hin drehbar. Die Technik beim Operiren ist die gleiche wie beim Intubiren. SEIFERT.

99) **Francis J. Quinlan. Papillom des Larynx. (Papilloma of the larynx.)** *Laryngoscope. März 1901.*

Verf. berichtet über 2 plötzliche Todesfälle durch Erstickung in Folge von Papillomen im Larynx bei jungen Kindern. EMIL MAYER.

100) **James Morean Brown. Bemerkungen über die Anwendung der Thuja occidentalis bei der Entfernung von Larynxpapillomen. (A note on the use of Thuja occidentalis in removal of papilloma of the larynx.)** *Journal American Meaical Association. 3. August 1901.*

Verf. beobachtete einen Fall, in welchem unter localer Anwendung von Thuja das Verschwinden eines Larynxpapillomes zu constatiren war.

EMIL MAYER.

101) **Mager** (Brünn). **Ueber Amyloidtumoren im Larynx.** *Wiener med. Presse. No. 49. 1901.*

M. beobachtete einen Fall von gelblichen, grobhöckerigen Tumoren, welche nur die vorderen Partien der beiden Taschenbänder betrafen und von sehr harter Consistenz waren — der Schleimhautüberzug war intact.

Durch die histologische Untersuchung der endolaryngeal entfernten Tumoren wurde die Diagnose auf Amyloidtumoren gestellt und ist der Fall als locales Amyloid zu betrachten, da sich sonst am Patienten nichts Pathologisches nachweisen liess.

Schollige, bandartige Anordnung homogener Gewebsmassen im Tumor, welche die charakteristische Farbenreaction nach Heschl und die Jodreaction (Virchow) gaben, ferner zahlreiche Lymphspalten mit bandartiger Auskleidung von Riesenzellen bilden den mikroskopischen Befund.

CHIARI.

102) **Panciotti. Ueber einen sogenannten Amyloidtumor des Larynx. (Su di un tumore casi detto amiloide della laringe.)** *Bollett. d. Melatt. dell'orecchio etc. No. III. März 1902.*

Der Tumor wurde als zufälliger Befund bei der Section einer an Tuberculose gestorbenen 42jährigen Frau entdeckt; es hatte seinen Sitz am freien Rande der rechten Stimmlippe. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein zum Theil in amyloider Degeneration befindliches Fibrom handelte.

FINDER.

103) **Robert C. Myles. Subglottische Tumoren; Bericht über derartige Fälle mit Ausstellung von verbesserten Instrumenten. (Subglottic growths; report of cases with exhibition of improved instruments.)** *N. Y. Medical News. 16. März 1901.*

Verf. betont die Schwierigkeiten, die er bei der Entfernung subglottischer, gutartiger Tumoren kennen gelernt hat. Nachdem er fast alle Zangen und Instrumente dafür erprobt und nichts damit erreicht hatte, construirte er sich selbst ein Instrument. Er verfolgte dabei ähnliche Ideen wie Sir Morell Mackenzie und Dundas Grant bei der Construction ihrer Zangen. Die grösste Schwierigkeit bei der Ausführung der Operation liegt in der durch unstillbaren Husten und Glottisspasmus eintretenden Verlegung des Operationsfeldes. Bei gutartigen Tumoren muss besonders eine Verletzung der Stimmbänder und der sonstigen gesunden Kehlkopfpartien vermieden werden, und ein ideales Instrument soll nur das entfernen, was die Zange gefasst hat. Verf. empfiehlt sein Instrument besonders zur Entfernung von Papillomen bei Kindern.

LEFFERTS.

104) **W Kelson. Bemerkungen über einen Fall von laryngealer Geschwulst mit Thyreotomie. (Notes on a case of laryngeal growth with thyrotomy.)** *Lancet. 30. November 1901.*

Es handelt sich hier um einen 49jährigen Mann, der schon seit Jahren seine Stimme verloren hatte. Es kam schliesslich wegen zunehmender Athemnoth zur Tracheotomie und es fand sich eine grosse Geschwulst, die vom linken Stimmband ausging und benignes Aussehen hatte.

A. BRONNER.

105) **Joseph S. Gibb. Myxom des Larynx. (Myxoma of larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1901.*

Verf. berichtet über einen Fall von Larynxmyxom bei einem 55jähr. Mann, bei dem der Tumor nur bei forcirter Phonation sichtbar wurde. In solchen Fällen ist die Diagnose leicht, wenn sich der Tumor wie das Myxom in der Nase als durchsichtige Masse präsentirt. EMIL MAYER.

106) **Nardi. Myxom der rechten Stimmlippe. (Mixoma della corda vocale destra.)** *Bollett. d. Malatt. dell'orecchio, della gola etc. November 1901.*

Der vom Verf. als Myxom beschriebene Tumor ist höchstwahrscheinlich ebensowenig ein wirkliches Myxom, wie die meisten der in der Literaturübersicht des Verf.'s angeführten Fälle. So lange nicht durch eine der für diesen Zweck geeigneten Färbemethoden der Nachweis des wirklichen Vorhandenseins von Schleim im Tumor geführt ist, liegt in allen diesen Fällen die Annahme näher, dass es sich um ein ödematöses oder irgendwie degenerirtes Fibrom handelt.

FINDER.

107) **Schwertassek** (Tannwald). **Ein Fall von Sklerosis laryngis.** *Prager med. Wochenschrift. No. 42. 1901.*

Warum der kurz skizzirte Fall gerade Sklerom war, ist aus dieser Darstellung nicht zu entnehmen. (Anm. des Referenten.) CHIARI.

108) **J. Frank Croach. Epitheliom des Larynx. (Epithelioma of the larynx.)** *Maryland Medical Journal. Januar 1901.*

Mittheilung eines Falles, bei welchem das Epitheliom langsam seit 2 Jahren wächst und bei dem die Operation verweigert wird. EMIL MAYER.

109) **E. Donaldson. Larynxkrebs mit langsamem Verlauf. (Case of cancer of the larynx with a long course.)** *Brit. med. Journal. 25. Mai 1901. N. Y. Medical Record. 8. Juli 1901.*

Eine 56jähr. Frau wird 1888 heiser. Im Frühjahr 1889 wird eine Geschwulst vom linken Stimmband entfernt, von zweifelhafter Malignität. Im November 1890 von Neuem Heiserkeit. Grosse Geschwulst auf dem linken Stimmband. 1896 Tracheotomie. März 1897 Tod. A. BRONNER.

110) **Francis J. Quinlan. Epitheliom des Larynx. (Epithelioma of larynx.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Demonstration eines Präparates. EMIL MAYER.

111) **John N. Mackenzie. Ein Wort zu Gunsten der Diagnose mit blossem Auge und der Entfernung des ganzen Organs mitsammt dem Nachbargebiete möglicher lymphatischer Infection bei Kehlkopfkrebs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. XI. 3. S. 399. 1901.*

Der Titel kennzeichnet den Standpunkt des amerikanischen Laryngologen. Es ist unnöthig, gegen denselben hier Gründe geltend zu machen, da er nach beiden Richtungen hin bei uns wohl als vollkommen überwunden gelten darf.

F. KLEMPERER.

112) **Ernest Waggett. Die Radicalbehandlung maligner Erkrankung des Larynx. (The radical treatment of malignant disease of the Larynx.)** *N. Y. Medical Record. 16. März 1901.*

Verf. übt zunächst Kritik an der Vorstellung J. N. Mackenzie's (vergl. vorstehendes Referat) über die Zweckmässigkeit der Totalexstirpation des ganzen Organs mitsammt den Lymphdrüsen. Er betont, dass M. den neueren Statistiken über die Thyreotomie keine Gerechtigkeit widerfahren lässt, welche in den letzten Jahren eine beherrschende Stellung in der Therapie maligner Larynxtumoren gewonnen hat. Die Arbeit Waggett's ist in erster Linie eine statistische, und tritt hauptsächlich für die Ueberlegenheit der Thyreotomie gegenüber der Totalexstirpation ein. LEFFERTS.

113) **J. W. Gleitsmann. Epitheliom des Larynx: Totale Larnygectomie. (Epithelioma of the larynx; total laryngectomy.)** *Laryngoscope. Februar 1901.*

Verf. bespricht einen Fall von Epitheliom des Larynx bei einem 60jährigen Mann, und demonstrirt das dazugehörige Präparat. Bei dem Aufschneiden des Larynx fand sich eine Geschwulstmasse, die für ein Epitheliom angesehen wurde. Man war anfänglich für einseitige Laryngectomie, da die rechte Seite des Larynx absolut intact schien. Es fanden sich jedoch infiltrirte Drüsen und man entschloss sich daher zur Excision des ganzen Kehlkopfs. EMIL MAYER.

114) **Scheier** (Berlin). **Zur Behandlung des Kehlkopfkrebses auf intralaryngealem Wege.** *Allgem. Med. Central-Zeitung. 8. 1901.*

Sch. theilt einen Fall von Carcinoma keratoides des linken Stimmbandes mit, das er in mehreren Sitzungen intralaryngeal operirt hat und bei dem die völlige Heilung durch $2^3/_4$ Jahre von ihm controlirt worden ist. Verf. ist nach seinen Erfahrungen der Ansicht, dass man berechtigt ist, in Fällen, in denen der Krebs frühzeitig festgestellt wird und der Tumor nach allen Seiten scharf abgegrenzt ist, intralaryngeal zu operiren. Leider ist die Zahl der für die intralaryngeale Operation geeigneten Fälle nicht gross. SEIFERT.

115) **F. G. Harvey. Sechs Fälle von Excisien des Larynx. (Six cases of excision of the larynx.)** *Lancet. 21. September 1901.*

Drei Fälle waren nach Ritter'scher Methode operirt worden, davon einer nach vorausgeschickter Tracheotomie. Alle drei Fälle kamen zur Heilung. Drei weitere Fälle verliefen tödtlich; hiervon starb einer nach mehreren Monaten an einer Blutung, ein anderer nach 7 Tagen durch plötzliche Erstickung und der dritte an Entkräftung. A. BRONNER.

116) **F. Ardenne** (Bordeaux). **Ueber einen Fall eitriger primärer Perichondritis aussen am Schildknorpel. (Sur un cas de perichondrite suppurée primitive et externe du cartilage thyroide.)** *Rev. hebd. de Laryng. No. 21. 25. März 1901.*

So häufig die secundäre Perichondritis im Verlauf gewisser Affectionen des Stimmorgans ist (Tuberkulose, Syphilis etc.), so selten ist die primäre Perichondritis. Verf. hatte Gelegenheit, bei einem 30jährigen Mann eine derartige Erkran-

kung zu beobachten, die ohne erkennbare Ursache bei gutem Allgemeinbefinden und sonst gesundem Larynx eintrat. Der rechte Flügel des Schildknorpels nahm an Dicke zu, wurde schmerzhaft und Sitz einer deutlich fluctuirenden Schwellung. In diesem Zeitpunkt war die differentielle Unterscheidung von einer prälaryngealen eitrigen Adenitis beinahe unmöglich. Die Incision förderte gewöhnlichen Eiter zu Tage, und die Affection heilte, ohne Spuren zu hinterlassen. E. J. MOURE.

117) **H. L. Wagner. Traumatische Dislocation des linken Aryknorpels. (Traumatic dislocation of the left arycartilage.)** *Laryngoscope. August 1901.*

Bemerkenswertherweise war nichts von Fraktion oder Infraktion am Kehlkopfgerüst vorhanden, und das Trauma verursacht nur eine Dislocation des linken Aryknorpels von seiner Cricoidverbindung. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

118) **H. du Fougeray. Rhinopharyngealer Ursprung der Struma. (Rhinopharyngeal origin of goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Juni 1901. Journal American Medical Association. 20. Juli 1901.*

Verf. erklärt auf Grund von Studien an 209 Fällen die Entstehung der Struma durch Erkrankungen von Nase und Pharynx: Gefässerkrankungen des Oropharynx verursachen einfachen Kropf, solche des Pharynx und der Nase Exophthalmus, solche der Schleimhaut von Nase und Pharynx Struma und Exophthalmus. Störungen der Vascularisation und der Sympathicusbahnen der Oropharynx machen Struma und Herzstörungen, solche von Pharynx und Nase Exophthalmus und Herzstörungen, solche des ganzen Rhinopharynx rufen die klassische Basedow'sche Krankheit hervor. Sympathicusstörungen allein verursachen nur Herzerscheinungen ohne Struma und Exophthalmus. Die Behandlung der Nase und des Pharynx ist deshalb gleichzeitig gegen diese Erscheinungen gerichtet. LEFFERTS.

119) **Gauthier** (Lyon). **Freilegung einer fleischigen Struma. Vernarbung nach 3 Wochen. Beträchtliche Rückbildung des Tumors. (Goître charnu mis à l'air. Cicatrisation en trois semaines. Régression considérable de la tumeur.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 8. Mai 1901.*

Es handelt sich um einen Kranken, der seit 18 Jahren an einem Kropf leidet. Der Tumor bestand aus zwei fleischigen Kernen, von denen der eine median lag und Hühnereigrösse hatte, der andere nussgross war und auf der rechten Seite lag. Es bestand etwas rechtsseitiger Exophthalmus und leichte Mydriasis. Die Stimme klang rauh und bitonal. Die Operation bestand in Freilegung des grösseren medianen Kernes ohne Luxation. Drei Wochen darnach war vollkommene Vernarbung eingetreten.

Die Folgen der Operation waren: Schwinden des medianen Kernes bis auf einen kleinen, harten, plattenartigen Rest, der sich gegen die Trachea legte; Verkleinerung des lateralen Kernes. Verringerung der Erscheinungen von Seiten der Stimme; Verschwinden der nervösen Symptome und fast völlige Beseitigung des Exophthalmus. PAUL RAUGÉ.

120) **Ivanoff. Compression und Obliteration der Cava superior bei carcinomatöser Struma. (Compression et oblitération de la veine cave supérieure dans le goître cancéreux.)** *Thèse de Lyon. 1901.*

Verf. hat zwei derartige Fälle beobachtet. Sie gingen unter Husten, Dyspnoe, Haematemesis, Oedem des Gesichtes und des Halses einher. Selten kommen dabei Symptome cerebralen Oedems vor.

Thrombose der Vena cava ist eine Contraindication gegen die operative Entfernung der Neubildung. PAUL RAUGÉ.

121) **Variot** und **Rey. Basedow'sche Erkrankung bei einem $4^1/_2$jährigen Kinde. (Goître exophthalmique chez un enfant de 4 ans $^1/_2$.)** *Société de Pédiatrie. 11. Juni 1901.*

Es bestand die ausgebildete Symptomentrias der Basedow'schen Krankheit: Glotzaugen, Kropf und Herzklopfen. PAUL RAUGÉ.

122) **Hainout. Ueber einen Fall von Hypothyroidie verbunden mit einer Struma exophthalmica. (Sur un cas d'Hypothyroïdie associé au Goître exophtalmique.)** *Arch. Méd. Belge. December 1901.*

17jähriges Mädchen mit ausgesprochenem Typus der Hertoge'schen Hypothyroidie; Herzklopfen, Tachycardie, Zittern etc., keine anormalen Geräusche am Herzen und Arterien; geringe Hypertrophie der Thyreoida; leichter Exophthalmus. Amenorrhoe, gehoben durch Darreichung von Thyroidin. Die Anwendung der Electricität brachte wohl das Zittern zum Verschwinden und beruhigte die Herzpalpitationen, ohne jedoch die Tachycardie zu beeinflussen und den Exophthalmus zum Verschwinden zu bringen. BAYER.

123) **Notiz des Herausgebers. Die Operationsgefahren der Basedow'schen Krankheit. (The dangers of operation in cases exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 29. Juni 1901.*

Verf. macht im Anschluss an die kürzliche Mittheilung eines tödtlich verlaufenen operirten Falles (Harris, Brit. Med. Journ. 4. Mai 01) auf die gefährlichen Folgezustände der Operation aufmerksam. LEFFERTS.

124) **G. F. Cott. Totalexstirpation der Schilddrüse. (Total exstirpation of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Juni 1901.*

Mittheilung von zwei Fällen. Im ersten Fall erschwerte Athmung, beschleunigter Puls, vergrösserte Schilddrüse. Unter Verwendung einer 2 proc. Eucainlösung wurde die Tracheotomie ausgeführt. Da es unmöglich war, eine Canüle durchzubringen, wurde ein Katheter in den Larynx eingelegt und nach 30 Stunden die Operation vorgenommen. Zuerst wurde mit Eucain angefangen, da aber der Schmerz zu heftig wurde, unter Chloroform weiteroperirt. Die Entfernung der Drüse dauerte drei Stunden; dieselbe wog 165 g. LEFFERTS.

125) **E. Meusel. Ueber die Bildung des Stumpfes nach Schilddrüsenoperationen. (How should the stump be schaped that is left behind after thyroid operations?)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1901.*

Zur Vermeidung von Entstellungen am Hals nach Schilddrüsenexstirpationen

empfiehlt Verf. die Versorgung des Stumpfes durch horizontale Schnittführung, Freilassung der vorderen Fläche von der Kapsel, Anlegung der Hautincisionen nach Kocher.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

126) **John W. Long. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in the Oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Januar 1902.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

127) **F. E. Bunts. Traumatische Strictur des Oesophagus. (Traumatic stricture of the esophagus.)** *N. Y. Medical News. 23. November 1901.*

Verf. bespricht acht Fälle und betont im Anschluss daran, dass eine zweckmässige Bougiebehandlung selbst in schweren Fällen die Gastrostomie und retrograde Dilatation unnöthig mache.

LEFFERTS.

128) **William Travis Howard. Primäres Sarkom des Oesophagus und des Magens. (Primary sarcoma of the esophagus and stomach.)** *Journal American Medical Association. 8. Februar 1901.*

Mittheilung eines Falles von primärem Sarkom des Oesophagus.

Klinische Studien über zwölf bekannte Fälle führen zu folgenden Schlussfolgerungen: Die Krankheit findet sich häufiger bei Männern als bei Frauen, und zwar in dem zu Carcinom prädisponirenden Lebensalter. Neunmal war der untere Abschnitt des Oesophagus befallen. Gewöhnlich umgiebt die Neubildung ringförmig das Lumen, nur in drei Fällen hing sie als gestielte Masse in das Lumen hinein. 41 mal bestanden Erscheinungen von Oesophagusstenose und viermal Perforation nach den Athemwegen. Es fanden sich alle Formen des Sarkoms mit Ausnahme des Angiosarkoms, am häufigsten das Rundzellensarkom. Metastasen sind ziemlich häufig. Die klinische Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Carcinom ist kaum möglich.

EMIL MAYER.

129) **Hugh M. Taylor. Gastrostomie und retrograde Dilatation bei impermeabler, gutartiger, traumatischer Strictur des Oesophagus und innere Oesophagotomie nach Abbe'scher Methode. (Gastrostomy and retrograde dilatation in impermeable beningn traumatic stricture of the esophagus and internal esophagotomy be the Abbe sawstring method.)** *Georgia Journal of Medicine and Surgery. Januar 1902.*

Von rein chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.



III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Logan Turner. Die Nebenhöhlen der Nase. (The accessory sinuses of the noso.) Verlag von W. Green & Son, Edinburgh.

In einem der Schlusskapitel dieser Abhandlung sagt der Verf.: „Wir haben uns bemüht, eine systematische und möglichst vollkommene Darstellung der chirurgischen Anatomie der Nebenhöhlen und ihrer Beziehungen zu der Nasenhöhle und gleichzeitig eine präcise Darstellung der klinischen Erscheinungen der Eiterungsprocesse zu geben, die sich darin abspielen". Wir stehen nicht an, zu bekennen, dass die Bemühungen des Autors in hohen Grade von Erfolg gekrönt sind.

Die ersten 5 Kapitel handeln von der Anatomie der Kiefer-, Siebbein-, Stirn- und Keilbeinhöhlen, deren Beschreibung und hauptsächlichste Variationen mit besonderer Betonung der für den Chirurgen nothwendigen Anatomie sehr anschaulich klar gelegt werden. Man muss den Autor besonders beglückwünschen, dass er sich nicht auf all die anatomischen Details einlässt, welche die Lectüre mancher neueren Werke auf diesem Gebiete so ermüdend für den Chirurgen machen. Alle wichtigen Fragen sind durch beigegebene Abbildungen illustrirt, die so gut gelungen sind, dass sie die Beschreibung im Text beinahe überflüssig machen. So vor Allem in dem 5. Kapitel über die „Communicationen (Ostia) zwischen den Nebenhöhlen und den Nebenkammern". Das 6. Kapitel über die vergleichende Anatomie der Stirnhöhlen an menschlichen Schädeln bespricht „die Rasseneigenthümlichkeiten der Stirnhöhlen auf Grund von Untersuchungen an 578 Schädeln", Untersuchungen, welche dem Autor im Jahre 1899 den chirurgischen Preis des Royal College of Surgeons of Edinburgh eingetragen haben. Dieser Abschnitt dürfte freilich mehr den Anatomen, als den practischen Chirurgen interessiren.

Die Durchleuchtung der Nebenhöhlen der Nase wird in dem 7. Kapitel ausführlich besprochen und die Grenzen ihrer diagnostischen und prognostischen Bedeutung bei chronisch entzündlichen Erkrankungen genau auseinander gesetzt. Wir befinden uns hier in völliger Uebereinstimmung mit dem Verfasser, dass die Durchleuchtung der Stirnhöhlen gar keinen practischen Werth hat, weil unter Umständen eine erkrankte Stirnhöhle Licht durchlassen und andererseits eine gesunde Höhle mit dicken Knochenwänden bisweilen bei der Durchleuchtung dunkel bleiben kann.

Eine ausgezeichnete Zusammenstellung unserer Kenntnisse über Aetiologie und Pathologie der Nebenhöhlenoiterungen bringt das 9. Kapitel, wenn auch vielleicht der Verfasser auf die entscheidende Bedeutung der Zahncaries bei der Aetiologie der Kieferhöhleneiterung mehr Gewicht hätte legen können.

Die Schlusskapitel über Symptomatologie, Diagnose und Behandlung acuter und chronischer Entzündungen der Nasennebenhöhlen ist kritisch gefasst, klar und knapp geschrieben und besonders empfehlenswerth für Praktiker, denen eigene Erfahrungen auf diesem Gebiet weniger zur Verfügung stehen.

Bei der Diagnose des chronischen Empyems der Kieferhöhle möchten wir

bemerken, dass der Verfasser nichts von der diagnostischen Bedeutung des entzündlichen Schleimhautwulstes auf dem Processus uncinatus des Siebbeins und der äusseren Fläche der mittleren Muschel bemerkt, wodurch sogar eine Verdoppelung der letzteren vorgetäuscht werden kann, die aber durch die Probesondirung leicht richtig diagnosticirt wird. Dieses Merkmal findet sich nicht bei allen Kieferhöhleneiterungen, aber wenn es vorhanden ist, spricht es mit grösster Wahrscheinlichkeit für Empyem.

Dann lesen wir auch wiederum von der „Fränkel'schen Prüfung mittelst Tieflagerung des Kopfes", während dieselbe wohl zuerst von Spencer Watson im Jahre 1875 als diagnostisches Hülfsmittel beschrieben ist, also lange vor unserem Collegen vom Continent! Warum sollen wir nicht ganz einfach nur von der „Tieflagerungsprüfung" sprechen!

Bei der Besprechung der Diagnose der Stirnhöhleneiterung wird die Bedeutung der Auscultation gänzlich übergangen, in den Fällen, wo es zweifelhaft ist, ob das Ende der Canüle im Sinus liegt oder nicht. In solchem Falle kann doch die Auscultation mittelst eines Verbindungsschlauches zwischen dem Ohr des Untersuchers und dem Sinus des Kranken bei gleichzeitiger Injection von Luft und Flüssigkeit durch die Ganüle oft sofort Aufklärung bringen, ob man sich im Sinus befindet oder nicht.

Unsere Erfahrungen über die Radicaloperation bei chronischen Kieferhöhleneiterungen haben uns übrigens dazu geführt, die Anlage einer Gegenöffnung nach der Nase hin und unmittelbare Verschliessung der bucco-antralen Wunde zu bevorzugen.

Mit Freuden sehen wir, dass der Verf. nicht auf dem Standpunkt steht, dass alle Fälle von chronischer Stirnhöhleneiterung die Radicaloperationen verlangen, und wir stimmen ihm durchaus bei, wenn er der Ansicht ist, dass alle Patienten erst versuchen sollen, wieweit sie mit der intranasalen Behandlung kommen. Im Anschluss daran möchte übrigens der Ref. auf Grund sehr umfangreicher Erfahrung bemerken, dass man sehr gut die Operation von aussen her auch unter Erhaltung der Augenbraue ausführen kann, was, zumal bei Frauen, von Bedeutung ist.

Es werden Einwände gegen die Tamponade des hinteren Nasenraumes zur Vorbereitung für die äussere Operation erhoben. Wenn der Sinus klein ist, ist sie sicherlich überflüssig, aber wenn er gross und von vielen gefässreichen Granulationen erfüllt und der Frontonasalcanal gut offen ist, so kann die durch das Curettement der Schleimhöhle verursachte Blutung zu beträchtlichen Unannehmlichkeiten für den Patienten und den Narcotiseur führen. Ref. hat einen derartigen unerfreulichen Fall aus seiner eigenen Praxis mitgetheilt.

Diese soeben berührten und beanstandeten Detailfragen sind aber nur von ganz untergeordneter Bedeutung in dieser ausgezeichneten Abhandlung, die sowohl dem Verf. wie dem Verleger alle Ehre macht. Das Buch steht sicherlich unter allen Werken über Erkrankungen der Nase an erster Stelle.

Herbert Tilley.

b) W. Nikitin. Die Krankheiten der Nasenhöhle. (Bolesni nosowoi polosti.) III. Auflage. St. Petersburg 1902.

Unter diesem Namen erscheint das Werk von N. binnen kurzer Zeit bereits in der III. Auflage, eine Thatsache, die an und für sich für die Vorzüge des Buches spricht. Es enthält thatsächlich als Handbuch in kurzer Fassung fast alles Wissenswerthe. Dis Eintheilung ist eine übersichtliche; die Literatur, besonders die ausländische, hat genügende Beachtung gefunden. Auch die persönlichen Erfahrungen des Autors finden reichlich Anwendung, wobei eine zu grosse Subjectivität durchaus vermieden worden ist.

Mit besonderer Liebe sind die Capitel über chronische Rhinitis, die Blutungen und Reflexstörungen behandelt worden; dagegen kommen die Anatomie und Physiologie, die Nebenhöhlenerkrankungen etwas kurz fort. Ein Mangel kann jedoch nicht ungenannt bleiben: ich meine die chirurgischen Behandlungsmethoden. Diese werden zu stiefmütterlich berücksichtigt, so werden z. B. bei der Syphilis der Nase die Ausschabung und die Sequestrotomien, die mitunter geradezu ausschlaggebend wirken, gar nicht erwähnt; von Septumcorrectionsmethoden findet nur die Krieg'sche Erwähnung. Aeussere Correctionsversuche und Prothesenbehandlung bleiben ganz unberücksichtigt. Ein Rhinologe, wie auch ein Otologe kommt heut zu Tage, falls er auf der Höhe seiner Aufgabe bleiben will, nicht ohne Chirurgie aus. Im Gegentheil. Die Rhinologie muss ihre Aufgabe darin erblicken, solche Vertreter heranzubilden, die nicht fremder Hände bedürfen, um ihren Patienten die von ihnen für nothwendig befundene Hülfe zu Theil werden zu lassen. Die Chirurgie des Kopfes gehört den Rhino-Otologen. (Doch wohl nicht ausschliesslich. Red.)

Im Uebrigen könnten als nicht ganz glückliche Griffe genannt werden, dass der Carcinombehandlung nach der Methode von Wlaend mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, als sie zur Zeit beanspruchen darf. Die häufigen eitrigen Mittelohrerkrankungen bei der Ozaena werden auf die ungenügende Reinigung und Erwärmung der Luft zurückgeführt.

Das Rhinosklerom habe der Autor durch Ausschabung und nachherige Einreibung von Acid. lact. auf lange zum Stillstande gebracht, Andere chirurgische Encheirosen bei dieser Krankheit bleiben natürlich unberücksichtigt.

Da im Uebrigen das Werk in Betreff der Ausstattung und des Inhalts durchaus den zeitgemässen Anforderungen entspricht, so ist zu wünschen, dass in der gewiss bald folgenden 4. Auflage auch in der erwähnten Richtung Vervollständigung statthabe.

P. Hellat.

c) Lehrbuch über die Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Halses. (A text book of diseases of the ear, nose and throat.)

Erkrankungen des Ohres (Diseses of the ear) von Charles H. Burnett,

Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraums (Diseases of the nose and naso-pharynx) von Fletcher Ingals und Otto T. Freer,



Erkrankungen des Pharynx und Larynx (Diseases of the pharynx and larynx) von James E. Newcomb.

Verlag von I. B. Lippincott & Co. Philadelphia und London 1901.

250 Seiten behandeln die Erkrankungen der oberen Luftwege, die für uns vorwiegend Interesse haben. Ingals und Freer haben sich dabei das Gebiet der Nase und des Nasenrachenraums reservirt. Das Buch ist hauptsächlich für den Studenten bestimmt.

Bedauerlicherweise ist Cocain ausserordentlich häufig zur Behandlung der verschiedensten Erkrankungen empfohlen. So wird z. B. bei der Behandlung der chronischen Rhinitis die Anwendung von Cocain in kleinen Dosen von 0,02 gerühmt, obwohl die Verfasser auf der folgenden Seite constatiren, dass der gleiche Erfolg, wie durch Cocain, auch durch das Nebennierenextract erzielt werden kann. Weiter wird nach Operationen mit dem Thermokauter die Anwendung von 4 proc. Cocainpulvern empfohlen und wieder weiter die Application von 2 proc. Cocainlösung nach Operationen von adenoiden Wucherungen befürwortet.

Eines der interessantesten und gründlichsten Kapitel in dem Buch ist wohl dasjenige über Verbiegungen des knorpeliegen Septums.

In dem letzten oben bezeichneten Abschnitt des Buches werden die Erfahrungen mehrjährigen, sorgfältigen Studiums über diese Affectionen mitgetheilt in einer für den Studenten, für den ja das Buch vor allem bestimmt ist, besonders anschaulichen Weise.

Als besonders erfreulich ist hervorzuheben, dass Verfasser noch einen Artikel über Diphtherie anschliesst und sich darin von manchen Specialcollegen rühmlichst unterscheidet, welche der Ansicht sind, dass Diphtherie eine Erkrankung ist, die nicht in das Gebiet des Laryngologen fällt. Ein weiteres interessantes Capitel handelt über das Verhalten des Pharynx und Larynx bei Exanthemen und anderen fieberhaften Erkrankungen.

Das Werk ist gut ausgestattet und lässt erkennen, dass die Verleger keine Mühe gescheut haben, um es zu einem anziehenden Buche zu gestalten.

Emil Mayer.

---

d) Gesellschaft Ungarischer Ohren- und Kehlkopfärzte.

III. Sitzung vom 14. März 1901.

Vorsitzender: v. Navratil.

Sekretär: Zwillinger.

1. Onodi: Laryngitis submucosa infectiosa acuta. Der Standpunkt des Vortr. ist, dass sowohl das primäre Kehlkopferysipel wie die Phlegmone auf einer gemeinschaftlichen ätiologischen Grundlage entstehen, die pathogenen Bakterien bei den primären Formen nicht nur der Streptococcus pyogenes, sondern wie in seinen zwei Fällen der Diplostreptococcus lanceolatus und der Staphylococcus pyogenes aureus sein können. Die klinischen Bilder fasst er unter einer

Erkrankung mit dem Namen Laryngitis submucosa infectiosa acuta zusammen, aber vom Standpunkte der Praxis möchte er einige Epitheta empfehlen, in welchen das Wesen des klinischen Bildes hervortritt, so nach dem Unterschied des klinischen Bildes und Verlaufes, die Bezeichnungen: erysipelatosa, phlegmonosa und necrotica. Er ist der Meinung, dass diese Epitheta die gemeinschaftliche ätiologische Grundlage nicht alteriren, worauf eigentlich die Entstehung dieser Erkrankung beruht, andererseits kommt vom praktischen Standpunkte aus die unleugbare Verschiedenheit in dem klinischen Bilde und Verlaufe zum Ausdruck, da diese 3 Epitheta die Fälle der akuten Laryngitis infectiosa einheitlich und charakteristisch zu gruppiren vermögen.

Zwillinger anerkennt die Richtigkeit der Eintheilung in eine phlegmonöse und erysipelatöse Form, doch acceptirt er die nekrotische als hierhergehörige Unterabtheilung nicht.

Onodi betrachtet die Laryngitis submucosa infectiosa acuta als von einem einheitlichen Krankheitserreger verursacht, nur aus klinischer Zweckmässigkeit stellt er die Unterabtheilung der phlegmonosa, erysipelatosa und necrotica auf.

2. Polyák: Fall von circumscriptem, subglottischem, tuberculösem Geschwür. 40 Jahr alte Frau. Kehlkopfeingang intact: Unterhalb der Stimmlippen ist in der vorderen Commissur ein ungefähr pfenniggrosses Infiltrat von granulirter Oberfläche und unregelmässigen Rändern sichtbar, in dessen Mitte ein grosses und tiefes Geschwür sitzt. Die Infiltration geht als Schwellung auch auf die Schleimhaut des subglottischen Raumes über, welche die untere Fläche der Stimmlippen bedeckt und bildet hier, besonders auf der rechten Leiste, den subglottischen Wülsten ähnliche, jedoch viel kleinere Anschwellungen, über welchen sich die sonst intacten Stimmlippen frei bewegen.

Falls die Beobachtung der Pat. eine relativ günstige Prognose des Lungenprocesses erwarten lässt, soll dieses circumscripte subglottische Infiltrat mit der Curette entfernt werden.

3. Polyák: Acutes latentes Empyem der Stirnhöhle, locale Behandlung ohne Operation. Der 29 Jahre alte Mann soll vor ungefähr sechs Wochen an Influenza, Schnupfen und heftigen linksseitigen Stirnkopfschmerzen erkrankt sein. Die Kopfschmerzen enden erst in den Nachmittagsstunden auf die Weise, dass der Patient plötzlich Abfluss von Nasensekret bemerkt, hierbei blutet die Nase zuweilen, worauf eine plötzliche Erleichterung stattfindet.

Rechte Nase normal, auch links lassen sich keine groben Veränderungen nachweisen. Die Sondirung der Stirnhöhle stösst auf keine Schwierigkeiten, bei der Durchspülung kam die Flüssigkeit zuerst nur in Tropfen zurück, bis es endlich gelang, einen grossen, schleimig-eitrigen geruchlosen Klumpen von ungefähr 5 cm Volumen herauszubefördern, worauf die Kopfschmerzen plötzlich aufhörten. Ob der Fall auf diese einfache Behandlung heilen wird, kann heute noch nicht behauptet werden. Indessen glaube ich auf die Heilung rechnen zu dürfen, da der relativ akute Charakter des Processes, Menge und Natur des

Sekretes und der Mangel von chronischen secundären Veränderungen (Polypen, Hypertrophien) in der Nase eher auf einen günstigen Verlauf schliessen lassen.

IV. Sitzung vom 28. März 1901.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Zwillinger.

1. A. Onodi referirt über einen Fall von Thränenstein in der Nasenhöhle. Patientin leidet seit längerer Zeit an Thränenträufeln und häufig wiederkehrenden Schmerzen im inneren Augenwinkel. Nach Reinigung der Nase entfernte O. einen 1 cm langen und $1^1/_2$ mm breiten, weissgelblichen, dicken Fremdkörper. O. fand noch kleine Stückchen in dem vordersten Theil des unteren Nasenganges an der Stelle der Mündung des Ductus nasolacrymalis. Die Beschwerden hörten sodann auf einmal auf.

Die Thränensteine sind häufiger in den Thränencanälchen, seltener im Thränensack, aber ungewöhnlich im Ductus nasolacrymalis und in der Nasenhöhle.

Zwillinger: Betrachtet die Annahme nicht für erwiesen. Das Concrement konnte in der Nasenhöhle schon vorhanden und von dort entleert worden sein. Das Vorhandensein von Plattenepithelien besitzt auch keine Beweiskraft, da dieselben aus dem Vestibulum stammen konnten.

Onodi: Im Thränensack und Nasenrachenraum ist Cylinderepithel vorhanden, am Concrement waren Plattenepithelien zu sehen. Aus all' diesen Symptomen muss geschlossen werden, dass das Concrement aus dem Thränen-Nasencanal entleert wurde.

2. A. Onodi: Der Nervus accessorius und die Kehlkopfinnervation. Die Resultate der neueren physiologischen Experimente (v. Navratil, Grabower, Onodi, Walter Spencer u. A.), nach welchen nicht der Accessorius, sondern der Vagus die Kehlkopfmusculatur innervirt, sind auch durch die neueren klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen bekräftigt worden. O. studirte die Frage von vergleichend-anatomischem und phylogenetischem Standpunkte und kam zu demselben Resultate.

Der Accessorius existirt bei Fischen und Amphibien nicht als selbständiger Nerv, sondern als Zweig des Vagus, Ramus accessorius, und innervirt den Musc. trapezius; wo dieser Muskel fehlt, fehlt auch dieser Zweig. Bei den höheren Vertebraten besitzt der Accessorius spinalis dasselbe Innervirungsgebiet, d. h. Musc. trapezius plus Musc. sternocleidomastoideus. Beim Menschen verläuft der Accessorius spinalis isolirt neben dem Vagus direct zu den genannten Muskeln. Der Accessorius vagi entspringt mit den Vaguswurzeln, seine intra- und extramedullären Verhältnisse sind dieselben, sie bilden einen Complex. Diese Vaguswurzeln innerviren auch den Kehlkopf, wo noch kein Kehlkopf vorhanden ist und wo die Kehlkopfmusculatur zuerst auftritt, als Abkömmling der Pharynxmusculatur, bildet sie das Innervationsgebiet des Vagus. Von den untersten Vertebraten bis zu dem

Menschen bleiben die beiden Innervationsgebiete gesondert, für den Accessorius spinalis der Musc. trapezius plus M. sternocleidomastoideus, für den Vagus der entsprechende Theil der Pharynxmusculatur und die aus denselben entstehende Kehlkopfmusculatur. Dies bestätigen auch jene Verbindungen, welche zwischen Vagus und Glosso-pharyngeus bestehen im Pharynx, zwischen den Vagi im Oesophagus und Magen, endlich jene, welche im Larynx bei den Reptilien bestehen und jene, welche beim Menschen O. beschrieben hat.

3. v. Navratil: Mittelst Intubation geheilter Fall von Kehlkopfsklerom. Pat., 14 Jahre alt, giebt an, seit Weihnachten des Jahres 1899 heiser zu sein, hierzu gesellten sich Athembeschwerden, so dass er sich im April v. Js. ins Spital aufnehmen liess. Zu dieser Zeit war unmittelbar unter dem linken Stimmbande eine bedeutende Verdickung sichtbar, deren Oberfläche uneben war, ohne jede entzündliche Reaction. Diese Verdickung breitet sich, den Kehlkopf verengernd, unterhalb des vorderen Winkels und von da weiter unterhalb des vorderen Drittels des rechten Stimmbandes aus. Pat. wurde acht Wochen hindurch intubirt, woraufhin die Verengerung soweit dilatirt war, dass die Athmung ungestört vor sich ging und Pat. entlassen werden konnte. Ein Jahr lang fühlte er sich vollkommen wohl, worauf er wieder, eingetretener Athembeschwerden halber, sich am 15. Februar auf die rhino-laryngologische Abtheilung aufnehmen liess. Die Glottis verengt; unterhalb des linken und zum Theil unterhalb des rechten Stimmbandes sind wieder graurothe Verdickungen von unebener Oberfläche sichtbar, welche die Glottis stark verengern. Die Intubation wird im Anfang mit kürzerer, später mit längerer Dauer fortgesetzt und immer dickere Tuben verwendet, so lange, bis die Glottis so erweitert war, dass Pat. gut athmete. Die Verdickungen haben sich beinahe vollkommen zurückgebildet, die Stimmbänder sind gut beweglich. Pat. athmet frei.

Baumgarten: Der Umstand, dass die Schwellung erst einseitig war und nachher auch auf die andere Seite überging, ist genügend Beweis dafür, dass es sich thatsächlich um Sklerom handelt.

Némai: Nennt den Fall nach Gerhardt Chorditis vocalis inferior hypertrophica und concedirt nicht, dass es sich in jedem dieser Fälle um Sklerom handle. Im vorgestellten Falle wird die Diagnose vom mikroskopischen Befunde nicht gestützt, auch der klinische spräche nicht dafür, da das Sklerom maligner Natur sei und sich nicht rückbilde.

Zwillinger: Dass es sich in diesem Falle um Sklerom handelt, kann ausser aus der Häufigkeitsskala auch aus dem klinischen Bilde geschlossen werden, auch ohne histo-bakteriologischen Befund.

4. Irsai: Fall von linksseitiger Recurrenslähmung, verursacht durch pericarditisches Exsudat. Pat. M. J., 24 Jahre alt, wurde am 24. Oktober wegen acuten Gelenkrheumatismus aufgenommen. Am 3. December stellten sich Palpitationen und Athembeschwerden ein. Pat. wurde cyanotisch. Drei Tage nachher alle Zeichen eines pericarditischen Exsudates vorhanden. Während des Entstehens des Exsudates beginnt Pat. heiser zu werden, welche Heiser-

keit Mitte Februar ziemlich hochgradig wird. Die rechte Kehlkopfhälfte intact, die linke total unbeweglich. Nach zweiwöchentlichem unveränderten Bestehen beginnt das Exsudat zu schwinden, und jetzt, wo das Exsudat beinahe vollkommen geschwunden ist, besteht die Heiserkeit bezw. die Recurrenslähmung noch unverändert fort. Das pericarditische Exsudat verursachte im Anfang durch den ausgeübten Druck, später durch Fixirung (Stränge) des linken Recurrens die noch jetzt bestehende Kehlkopflähmung.

5. Donogány: Kehlkopfstenose, tiefer Luftröhrenschnitt, Intubation. Pat., 23 Jahre alt, giebt an, seit zwei Jahren heiser zu sein, zu welcher Heiserkeit sich langsam Athemnoth gesellte. Lues wird in Abrede gestellt. Pat. wurde wegen hochgradiger Athemnoth am 4. November 1900 auf die rhinolaryngologische Abtheilung Prof. v. Navratil's aufgenommen; sofortige tiefe Tracheotomie. In den ersten 14 Tagen Jodkali innerlich, nachdem nun die Intubation gelang, wurde dieselbe systematisch ausgeführt, bis es möglich wurde, am 14. März l. J. die Canüle zu entfernen. Athmung durch die Nase beiderseits erschwert. Linkerseits ist auf dem Septum ein bis zum Nasenboden reichendes, theilweise vernarbtes Geschwür zu sehen, rechterseits ist das Septum so hochgradig verdickt, dass es die untere Muschel berührt. Die Uvula fehlt, an Stelle derselben Geschwüre. Die Tonsilla pharyngea gross, bis zu den Choanen herabreichend, die rechte Rosenmüller'sche Grube von narbigen Strängen überbrückt. Die beiden Aryknorpel, hauptsächlich der ein wenig fixirte linke, geschwellt. Die Taschenbänder sowie die rechte Stimmlippe hyperämisch und infiltrirt. Die linke Stimmlippe hyperämisch, die innere Fläche derselben ulcerirt. Die Schleimhaut des subglottischen Raumes geschwellt. Pat. verbleibt noch in Behandlung.

Irsai: Weist hin, dass bei Kehlkopfstenosen syphilitischen Ursprungs die 5proc. intramuskulären Sublimatinjectionen es ermöglichen, die Tracheotomie zu umgehen.

6. Baumgarten: Fall von subpharyngealem Abscess. Man sieht durch ein gerade in der Mitte der hinteren unteren Rachenwand sich vorwölbende Gebilde den hinteren Antheil des Kehlkopfes beiderseits symmetrisch verdickt, wobei die Epiglottis die Gebilde theilweise bedeckt. Die Geschwulst ist mit normaler Schleimhaut bedeckt, fluctuirt bei Berührung und ist ein Abscess. Pat. leidet an Tuberkulose und hat am Zungengrunde charakteristische Geschwüre.

v. Navratil.

---

c) Verhandlungen der Petersburger oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft zu Moskau 1897—1899.

Russisch und deutsch. Moskau 1900.

Als Einleitung zu den Verhandlungen wird zunächst die Vorgeschichte des Vereins und auch ein kurzer Ueberblick über die Entwicklung der Laryngologie in Moskau vorangestellt.

Als bemerkenswerth ist davon hervorzuheben, dass in den fünfziger Jahren nur ein Professor der Anatomie mit der Otriatie sich beschäftigte. Im Jahre 1867 oder 1868 wurde eine Sängerin, bei der Diptherie constatirt worden war, von der Verwaltung gezwungen, wieder aufzutreten.

Von den wissenschaftlichen Verhandlungen sollen hier nur diejenigen betreffend die Laryngo-Rhinologie besprochen werden.

Sitzung vom 8. October 1897.

Demonstration eines Apparates zur Aspiration des Eiters aus den Nebenhöhlen durch Schneierson.

Belajeff, Stepanoff und Maljutin sehen keinen besonderen Vorzug des Apparates von den übrigen Methoden.

Sitzung vom 5. November 1897.

Frohnstein: Zum reflectorischen Asthma. Als Ursache von reflectorischem Asthma konnte in seinem Falle eine winzig kleine Neubildung — Papillom — zwischen den beiden Gaumenbögen constatirt werden. Nach Entfernung derselben Aufhören des Asthma. Nach 8 Jahren Recidiv der Geschwulst und des Asthma. Abermalige Entfernung der Geschwulst und wiederum Verschwinden des Asthma.

Stepanoff: Bemerkungen über den Galvanocauter. St. hat einen Cauter construirt, welcher ohne Seidenumwickelung durch eine Elfenbeinplatte isolirt wird.

Sitzung vom 10. December 1897.

Maljutin: Demonstration eines Kranken mit krampfhafter Contraction der Kehlkopfmuskeln. Beim Singen und Senken des Kopfes fand eine Verschiebung des Kehlkopfes statt, wobei die Stimme versagte. In der Gegend des Zungenbeines findet sich eine kleine Geschwulst, die M. mit dem Krampf in Verbindung bringt.

Woronkoff hält das Leiden für hysterisch.

Wermel: Ueber bacteriologische Diagnose der Diphtherie. W. glaubt schon durch alleinige mikroskopische Untersuchung ohne Cultur in den meisten Fällen die Diagnose stellen zu können.

Sitzung vom 11. März 1898.

Belajeff: Demonstration eines Kranken mit einer bösartigen Geschwulst im Nasenrachenraum. Es handelte sich um ein Carcinom, das wegen der Verbreitung nicht mehr zu exstirpiren war.



Sitzung vom 22. April 1898.

Stepanoff: Ein Fall von Geschwüren des Racheneinganges der Zungenwurzel und des Kehlkopfes räthselhaften Ursprungs. Patient, junger Mann, machte bösartige Pocken durch, darnach Geschwürsbildung an verschiedenen Stellen des Körpers. Im Rachen heilen und recidiviren die Geschwüre. Die Beweglichkeit des Gaumens hat gelitten. Innerlicher Gebrauch von Branntwein und Sublimatspülungen brachten schliesslich eine Vernarbung herbei.

Maljutin: Ein Fall von Rhinolithiasis. Kein Fremdkörperstein, sondern eine Kalkablagerung auf die Muscheln.

Stepanoff hat 4 Fälle von Rhinolithen beobachtet.

Belajeff-Scott haben gleichfalls Steine gesehen.

Bojeff beschreibt einen Fall von Rachengangrän nach Ileotyphus.

Sitzung vom 13. Mai 1898.

Maljutin: Bedeutung des harten Gaumens als Resonator. (Bereits referirt.)

Stepanoff findet es zu gewagt, irgend eine Theorie auf einen einzigen Theil des Resonators zu gründen.

Henkin: Laryngitis haemorrhagica. Referat über 4 Krankengeschichten. Die Ursache der echten L. h. sieht H. in einer entzündlichen Veränderung der Gefässwände des Larynx.

Bojew führt aus seiner Praxis einen Fall vor.

Sitzung vom 14. October 1898.

Maljutin: Demonstration eines Kranken mit Verdickungen am Kehldeckel, geringer Beweglichkeit der Stimmbänder, bei dem er eine chronische submucöse Laryngitis annimmt.

Stepanoff hält den Process für luetisch, Frohnstein für tuberculös, Scott für Mischform.

Bojew: Zur Frage der Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Parachlorphenol. B. hat mit dem Mittel sehr gute Resultate erzielt, wie sechs Krankengeschichten darthun. Nicht nur Dysphagien, sondern sogar Infiltrate werden zum Verschwinden gebracht. Das Mittel ist auf tuberculösen Stellen nicht, auf gesunden aber wohl schmerzhaft, daher localisirte Anwendung erforderlich. B. brauchte Lösungen von 5—60 pCt.

Frohnstein hat Reizungen erhalten, Belajeff war mit dem Mittel zufrieden, Stepanoff hat bei 100 angewandten Fällen noch keine Heilung gesehen.

Sitzung vom 11. November 1898.

Belajeff: Demonstration eines Kranken mit bösartigem Geschwür des Larynx. Das Geschwür auf die rechte Seite localisirt, das falsche Stimmband infiltrirt, das wahre wenig beweglich.

v. Haudring: Thyreoiditis acuta. Beobachtung eines Falles: Halsschmerzen, Schnupfen, Fieber, Schluckschmerzen, Schwellung des Halses, Schmerzen bis in den linken Arm und Ohr, blaue Flecke am Körper, Schilddrüsenlappen geschwellt. Heiserkeit. Sugillation am Halse bis zur III. Rippe. Hämorrhagie an der Rachenwand. Auf dem linken Taschenbande Blutaustritte. Maljutin und Scott berichten über ihre Erfahrungen.

Die Sitzung vom 27. Januar 1899 ist vollständig den Ohren gewidmet.

Sitzung vom 6. October 1899.

Stepanoff: Ein Fall von pharyngolaryngealer Stenose. Im Rachen eine breite, narbige Verwachsung des weichen Gaumens mit der Hinterwand. Nur durch eine kleine Oeffnung sieht man den Kehlkopf. Der Kehldeckel einerseits an die hintere Rachenwand angewachsen und doch hat Patientin beim Essen und Trinken keine Beschmerden. Excision eines Theiles des Kehldeckels erleichtert das Athmen. — Der Ursprung dunkel.

Herzen: Corpus alienum laryngis. Kind 1 a. n., plötzliche Athemnoth. Tracheotomie. Stepanoff constatirt mit dem Finger einen Fremdkörper im Kehlkopf und entfernt eine Fischgräte mit der Schrötter'schen Zange.

Sitzung vom 17. November 1899.

Henkin: Pathologisch-anatomische Veränderungen der Nasenschleimhaut unter Einwirkung von Aetzmitteln, schon referirt.

Stepanoff: Demonstration eines Nasenrachenpolypen. Das Fibrom bestand zwei Jahre, wurde mit der Schech'schen Zange gefasst und zunächst nur ein Stückchen entfernt. Blutung bedeutend. Nochmals gefasst und die ganze Geschwulst entfernt. Blutung colossal. Hintere Tamponade. Temperatursteigerung, purulente Otitis. Hernach noch ein Stück entfernt. Alles in Allem beträgt das Volumen der Geschwulst 32 ccm.

Socoloff glaubt, dass eine stärkere Blutung nur dann erfolgt, wenn noch Stücke bleiben.

P. Hellat.

VI. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Herrn Geh.-Rath Prof. Dr. Moritz Schmidt ist der rothe Adler-Orden II. Klasse und dem Herausgeber des Centralblatts das Commandeurkreuz des englischen Hausordens (Victoria-Order) verliehen worden.

Zwei Tagesfragen:

Ypres, le 7 août 1902.

Mon cher confrère!

J'ai l'honneur de vous répondre sur les 2 questions du centralblatt

1) Die Reaction nach intranasaler Anwendung von Nebennieren-extract:

Il m'est arrivé quelquefois de voir une hémorrhagie postopératoire tardive après l'application de l'adrenaline: Aussi j'ai pour habitude après les opérations intranasales sur les cornets et la cloison, de profiter de l'hémostate du champ opératoire, pour cautériser au galvanocautère les surfaces vives et appliquer ensuite pendant quelques jours un pansement, tampon de gaze trempée dans l'eau oxygènée neutralisée.

2. Gefahren bei subcutaner Paraffinprothese der Nase:

A. Je n'ai pas rencontré d'oedème ou de reaction vive du côté de la face ou des yeux et surtont jamais d'effet persistant après les applications externes de paraffine raffinée du pétrole fusible à 60°, pour restauration du nez.

B. Quant aux injections sousmuqueuses de vaseline americaine avec paraffine (10 vaseline americaine paraffiné 2 au 4) elles sont ordinairement accompagnées d'une douleur localisée dans le nez avec irradiation du côté de la tête et de la face: les douleurs peuvent persister parfois plusieurs jours pour disparaître sans laisser de traces. Ces douleurs peuvent être accompagnées d'un gonflement de la joue et des paupières du côté du cornet inférieur injecté. Celui-ci peut être oedemateux; persistér pendant plusieurs jours (même 8—10 jours) et se disperser ensuite.

J'ai rencontré 2 cas, au l'injection sous muqueuse du cornet inferieur dans des cas d'ozène, a été suivi immédiatement d'un gonflement dur, veritablement phlegmoneux du cornet inférieur, de l'angle du nez et de la joue, de la joue avec extension aux paupières, surtout à la paupière inférieure — fièvre — insomnie — douleurs dentaires. Au bout de 8 jours, la résolution s'est faite.

La joue estréstée trés-legèrement gonflée et plus dùre qu'avant.

Recevez l'expression de ma consideration distinguée

Delie.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, October. 1902. No. 10.

I. Rudolf Virchow †.

Wenngleich dieses Blatt nur den engeren Interessen einer einzelnen Specialität gewidmet ist, so dürfen wir nicht unter den Trauernden fehlen, die den Manen Rudolf Virchow's einen letzten Zoll der Dankbarkeit und Verehrung darbringen. Denn wie die gesammte moderne Medicin, so steht auch die Laryngo-Rhinologie auf den Schultern des Geistesheroen, den sie gestern zu Grabe getragen haben. Durch seinen Bruch mit den unklaren Vorstellungen der Humoralpathologen, durch die Begründung der Cellularpathologie, durch die Erkenntniss und Lehre der grossen Wahrheit, dass Krankheit kein Eigenwesen, sondern nur Fortsetzung des Lebens unter veränderten Bedingungen ist, hat Virchow nicht nur eine neue Aera für die Medicin geschaffen, sondern das Denken der Aerzte in diejenigen Bahnen gelenkt, in denen es sich gegenwärtig bewegt. In diesem Sinne sind wir alle seine unmittelbaren Schüler. Und wenn es gälte, diese allgemeine Behauptung durch besondere, unsere Specialität betreffende Beispiele zu illustriren: was sind die schönen Resultate, die wir gegenwärtig durch die Frühdiagnose und frühe Radicaloperation des Kehlkopfkrebses erzielen, anders als eine glänzende Bestätigung des Virchow'schen Wortes — ich citire nach dem Gedächtniss —:

„Ist der Krebs in seinem Beginne und oft noch lange nachher ein örtliches Leiden, so muss es gelingen, ihn zu jener Zeit durch örtlichen Eingriff zu heilen.“? — Was ist die Thatsache, dass wir oft genug bereits mit Bestimmtheit Tuberkulose mittelst laryngoskopischer Untersuchung ermitteln können, wo alle anderen diagnostischen Hülfsmittel noch versagen, etwas anderes, als die Bekräftigung des Virchow'schen Ausspruches, dass wenn man den Tuberkel in seiner Reinheit studiren wolle, man ihn im Kehlkopf suchen müsse? —

Wir Laryngologen sind weiterhin dem grossen Pathologen dafür verpflichtet, dass er uns das Krankheitsbild der Pachydermia laryngis kennen gelehrt hat. Er war es, der uns die Gefahren der Tuberculininjection zeigte. Und selbst seine allzu optimistische Beurtheilung der intralaryngeal aus dem Kehlkopf des damaligen Kronprinzen Friedrich Wilhelm entfernten Geschwulstfragmente hat die wichtige Folge gehabt, dass wir gelernt haben, die Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung solcher Fragmente nicht zu überschätzen.

Aber noch in einem anderen Sinne hat Virchow, was das Verhältniss von Specialitäten zur Mutterdisciplin anbetrifft, unendlich segensreich gewirkt. Er war der Hauptvertreter, der getreue Eckart der Einheit in der Medicin; nicht jener engherzigen Beschränkung, die mehr oder minder verächtlich herabsieht auf Specialisten und Specialistenthum, sondern jener Einheit, welche klar erkennt, dass bei der riesigen Weiterentwickelung der Medicin es mit Ausnahme weniger encyclopädisch begabter Geister, wie er selbst einer war, dem einzelnen kaum mehr möglich ist, das Gesammtgebiet unserer Wissenschaft gleichmässig zu beherrschen, und dass die Entwickelung des „grossen Heeres der Specialitäten“, wie er selbst es genannt hat, ebenso natürlich wie unausweichlich ist, die aber andererseits stets mahnt, dass diese Entwickelung fruchtbringend auf die Mutterwissenschaft zurückwirken solle, und welche den warnenden Finger erhebt, wenn diese Specialitäten sich in Kleinigkeitskrämerei verlieren, oder, schlimmer noch, sich loszulösen versuchen von dem grossen Bau der Gesammtheit und eine Sonderpathologie einzelner Organe begründen wollen.

Verstummt für immer ist jetzt der beredte Mund, der uns diese Grundwahrheiten so oft, so eindringlich verkündet hat. Die Wahr-

heiten selbst aber sie bleiben so unsterblich, wie das Andenken des einzigen Mannes, der sie vertrat, und so lange die Angehörigen unserer Specialität ihnen nachleben werden, so lange wird ihre Entwickelung eine gesunde und gedeihliche sein. Das ist das schönste Todtenopfer, das wir den Manen Rudolf Virchow's bringen können.

Felix Semon.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, Varia etc.

1) **R. T. Godlee** und **T. R. H. Bucknall. Grosse Pharynxtasche durch Operation entfernt. (A pharyngeal pouch of large size removed by operation.)** *Brit. Med. Journal. 18. Mai 1901. N. Y. Medical Journal. 1. Juni 1901.*

Verff. berichten über einen Kranken, der eine Geschwulst an der linken Halsseite in der Höhe des Zungenbeins vor dem Sternocleidomastoideus hatte, die genau wie eine geschwollene Drüse aussah. Sie wurde operativ entfernt und erwies sich dabei als Pharynxtasche. Derartige Bildungen stehen wahrscheinlich im Zusammenhang mit Kiemenspalten, wobei folgende Variationen vorkommen können: 1. Offenbleiben der Spalte in ihrer ganzen Länge führt zu completer Fistel. 2. Es kann die Oeffnung nach aussen fehlen und die Pharynxtasche blind endigen. 3. Die Fistel kann sich nach aussen öffnen und gegen den Pharynx hin abgeschlossen sein. 4. Die Fistel ist nach beiden Seiten hin geschlossen und bildet dann die sog. Dermoidcysten.

LEFFERTS.

2) **G. C. Ross. Angina Ludovici.** *Annals of Surgery. Juni 1901. N. Y. Medical Record. 15. Juni 1901.*

Bericht über zwei geheilte Fälle. Verf. hält manche Fälle von Angina Ludovici für erysipelatöse Erkrankungen und verlangt Isolirung der Kranken in den Spitälern.

LEFFERTS.

3) **Walther B. Johnson. Ueber einen interessanten Fall von Aneurysma der Carotis interna. (Report of an interesting case of Aneurism of the internal carotid artery.)** *American Journal Medical Sciences. September 1901.*

Es handelte sich um ein Aneurysma dissecans, das nach dem Ohr durchbrach und eine Schwellung der Tonsille wie von einer malignen Geschwulst hervorrief.

EMIL MAYER.

4) A. Pettersson. **Ein Fall von Cystadenoma papilliferum der accessorischen Schilddrüse. (A case of cystadenoma papilliferum of the accessory thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1901.*

Es handelt sich um einen 53jährigen Mann, der seit einem Jahre eine Geschwulst am Halse bemerkte, die als einfaches Knötchen an der einen Seite begonnen hatte. Zur Zeit der Operation fanden sich zahlreiche, verschieden grosse Tumoren auf beiden Seiten, die sich vom Warzenfortsatz bis zu den Clavikeln ausdehnten. Sie wurden ohne Schwierigkeit entfernt, und es handelte sich histologisch um Cystoadenomata papillifera accessorischer Schilddrüsen. LEFFERTS.

5) D. Brose. **Begleiterkrankungen von Auge, Ohr und Hals bei Typhus. (The eye, ear and throat sequelae of typhoid fever.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1902.*

Im Beginn des Typhus tritt zuweilen ein Erythem des Rachens und Schwellung der Tonsillen auf. Strümpell betrachtet sogar weissliche, etwas erhabene Plaques und spätere Ulcerationen auf den Tonsillen und dem weichen Gaumen als pathognomonisch. Da dieselben nur in schweren Fällen auftreten und 8—10 Tage lang bestehen bleiben, sind sie prognostisch bedeutungsvoll.

Typhus kann unter laryngitischen Erscheinungen beginnen und dadurch die Diagnose sehr erschwert werden. Nach den Ergebnissen der Obduction haben 10—12 pCt. der Typhusleichen laryngitische Veränderungen. Es ist noch unentschieden, ob die Erkrankung des Larynx dabei primär ist, analog der Localisation des Typhusvirus in den Follikeln des Dünndarms, oder secundär. Der Charakter der Kehlkopferkrankung ist dabei katarrhalisch, infiltrirend oder ulcerativ. Die catarrhalische Entzündung tritt gewöhnlich in der ersten und zweiten Fieberwoche auf und führt im Falle eintretender Desquamation zu Erosionen und Ecchymosen. Besonders die freien Ränder der Epiglottis neigen zu derartigen Erosionen, so dass hier zuweilen der entblösste Knorpel zu Tage tritt. Die Infiltrationen und Ulcerationen sind viel ernsthafterer Natur. An den Stellen, wo follikuläres Gewebe vorkommt, namentlich an der Basis der Epiglottis, den aryepiglottischen Falten, an der Innenfläche der Aryknorpel, auf der Vorderfläche der hinteren Larynxwand, grenzen sich die Infiltrationen und Ulcerationen so scharf ab wie auf den Dünndarmdrüsen. Typhusbacillen konnten indess bisher in den infiltrirten Parthien nicht gefunden werden. Larynxulcera beeinträchtigen den Fieberverlauf nicht und heilen in gutartigen Fällen, ohne Spuren zu hinterlassen. Immerhin können auch schwerere Erscheinungen auftreten, wenn die Geschwürsschorfe sich abstossen oder in die Tiefe wuchern und zur Abscessbildung und Perichondritis führen. Lähmungen der Kehlkopfmuskeln sind selten.

LEFFERTS.

6) E. E. Hopkins. **Narkose mit Lachgas, Chloroform und Aether bei Operationen an Nase und Hals. (Anaesthesia in operation upon the nose and throat-nitrous oxid, chloroform and ether.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 12. September 1901.*

Vortrag auf der 23. Jahresversammlung der American laryngological Association. EMIL MAYER.

7) M. L. Maduro. **Die Narkose und ihre Anwendung in der Halschirurgie. (General anaesthesia and its administration in throat surgery.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Februar 1902.*

Verf. erwähnt, dass wir in der Chirurgie des Halses bei hypertrophischen Tonsillen, adenoiden Wucherungen u. s. w. häufig auf die Narcose angewiesen sind und macht auf einige Hauptpunkte aufmerksam, die bei der Einleitung einer Narcose mit Lachgas beachtet werden sollen.

LEFFERTS.

8) A. H. Thelberg. **Ein Beitrag zum Studium des Nebennierenextractes. (A contribution to the study of the suprarenalis.)** *Therapeutic Monthly. December 1901.*

Verf. betont den Werth des Medikamentes zur Stillung von Nasenbluten, bei Angina und Coryza.

EMIL MAYER.

9) T. Bobone. **Ueber die Wirksamkeit der Czerny-Trunecek'schen Methode zur unblutigen Behandlung von malignen Tumoren auf dem Gebiete der Oto-Rhino-Laryngologie. (Sulla efficacia del metodo di Czerny-Trunececk per il trettamento incruento dei tumori maligni nel campo della oto-rino-laringologia.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio, delle Gola etc. December 1901.*

Die Methode, die in Pinselungen mit alcoholisch-wässriger Lösung von Acid. arsenicos. besteht (1,0 : 150,0—1,0 : 50), hat Verf. in einigen Fällen, in denen aus äusseren Gründen oder wegen Aussichtslosigkeit einer chirurgischen Behandlung nicht operirt werden konnte, gute Dienste geleistet. Zwei Cancroide der äusseren Haut sind angeblich in auffallend kurzer Zeit glatt geheilt (! Ref.), ein Larynxcarcinom ist drei Jahre lang bei erträglichem Zustand des Patienten so behandelt worden. Bedingung für die Wirkung soll sein, dass der Tumor möglichst an der Oberfläche liegt, wo er mit der Luft in Berührung kommt, oder in einer Höhle, in der Luftcirculation stattfindet.

FINDER.

10) Jaenicke (Görlitz). **Weitere Mittheilungen über einige neue Instrumente.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 28. 1901.*

Verf. berichtet u. a. über eine sich selbst haltende electrolytische Doppelnadel mit leichtem Kabel, die die Unbequemlichkeit der Electrolyse für den Arzt wesentlich vermindert. Eine ähnliche Anordnung findet er auch für manche Fälle von Galvanokaustik zweckmässig.

ZARNIKO.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) Moure und Lafarelle (Bordeaux). **Untersuchungen über den Nasenrachenraum. (Recherches sur les naso-pharynx.)** *Rev. hebd. de Laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Der Arbeit sind Photographien von Schädelschnitten beigegeben, welche die verschiedene Conformation des Nasenrachenraumes illustriren. Es sind darunter Nasenrachenräume, die fast quadratisch geformt sind und solche, die eine hohe Kuppelform haben, ferner solche mit vorderen und hinteren Divertikeln. Bei ge-

wissen adenoiden Wucherungen kann die Totalexstirpation der Wucherungen wegen dieser Divertikel fast unmöglich werden, da man hier mit der Curette nicht beikommen kann.

MOURE.

12) **A. Most. Ueber den Lymphgefässapparat von Nase und Rachen.** (Aus dem Königl. anatom. Institut der Universität Breslau.) *Arch. f. Anat. u. Physiol. Heft 2. 1901.*

Die Zahl und Weite der Lymphgefässe sind abhängig von der Dicke und Spannung der Schleimhäute; dementsprechend zeigt der Rachen ein dichtmaschiges Saugadergeflecht, besonders in der Gegend der Rachenmandel; überaus gefässreich ist auch die die Ringknorpelplatte bekleidende Pharynxschleimhaut. Nach dem Oesophagus zu nimmt Dichtigkeit und Weite der Lymphcapillaren rasch ab, ebenso oberhalb des lymphatischen Rachenrings. In der Nase erstreckt sich entlang der unteren Muschel ein reiches Lymphgefässgeflecht mit längsgestellten Maschen; die mittlere Muschel zeigt ein ähnliches Verhalten; der Boden der Nase sowie die nasale Fläche des Velum ist mit dicht gedrängten Capillaren bedeckt. Das Septum zeigt die Maschen zart, aber immer noch dicht; nach dem Naseneingang zu vermindern sich die Lymphbahnen; ebenso nimmt ihr Reichthum nach oben zu (Gegend der Siebbeinzellen, obere Muschel) ab.

Die Lymphgefässe der Nase und des Rachens hängen unter sich und mit der Umgebung zusammen und zwar mit denen der äusseren Haut am Naseneingange, mit denen der Mundhöhle und des Kehlkopfes; ebenso stehen die Saugadern der Tonsillen mit denen der Gaumenbögen in Verbindung. Auch die Mittellinie bildet keine Grenze für die Lymphbahnen. Die regionären Drüsen für Nase und Rachen sind im Gebiete der tiefen cervicalen Lymphknoten vor allem in jenen zu suchen, welche sich in Höhe der Bifurcation der Carotis an den grossen Gefässen (Gl. cervial. prof.) oder lateral von der Vena jugul. (Gl. cerv. prof. lat.) befinden. Ein Lymphknoten liegt constant median von der Carot. int. nächst ihrem Eintritt in den Canal. carot. des Schädels hinter den seitlichen Theilen des Pharynx (Gl. pharyng. lat.); retropharyngeal liegen noch kleine inconstante Schaltdrüsen.

Die Lymphgefässe des Rachens verlassen ihn an drei Stellen: aus der Gegend der hinteren Rachenwand und vom Pharynxdach her treten sie meist hinten median durch die Schlundkopfwand hindurch, um zur Gl. pharyng. lat. und durch diese hindurch oder an ihr vorbei zu den seitlichen tiefen, cervicalen Drüsen zu gelangen.

Aus der Tonsillengegend ziehen die Lymphdrüsen nach vorne und unten direct zu den tiefen cervicalen Halsdrüsen, und aus dem untersten Theil des Pharynx treten sie im Sinus piriformis zusammen, durchbrechen die Schleimhaut und die Membr. thyreohyoidea, um vereint mit den Saugadern des oberen Kehlkopflymphgebietes zu den tieferen cervicalen Drüsen zu ziehen.

Der Hauptstrom der Lymphe aus dem Naseninnern fliesst nach hinten. Nahe dem pharyngealen Tubenostium theilt sich der Strom: ein Theil fliesst mit dem der Tonsillengegend nach vorne und unten zu den tiefen cervicalen Drüsen, während der andere wichtigere Theil mit dem des hinteren Pharynxlymphgebietes zur seitlichen Pharynxdrüse und zu den Gl. cervic. prof. lat. sich begiebt. Aus

den vordersten Theilen des Naseninnern treten einige Stämme durch das Nasengerüst zu den Lympfgefässen der äusseren Nase. A. ROSENBERG.

13) **G. Rössler. Zur Diagnose der Nasen- und Rachenleiden.** (Correspondenzblatt d. Vereins deutscher Aerzte in Reichenberg und Umgebung.) *Med.-chir. Centralblatt. No. 18. 1901.*

Sehr richtig betont R., dass es heutzutage noch viel zu häufig vorkommt, dass practische Aerzte mit der Rhino- und Laryngoskopie sich gar nicht beschäftigt haben und dementsprechend die Kranken oft mit den unglaublichsten Diagnosen zum Facharzte schicken — oft zu spät. Anknüpfend hieran giebt der Autor einige aber nur für practische Aerzte bestimmte diagnostische Winke.

CHIARI.

14) **Aviragnet. Ueber die Rhinopharyngitis und ihre Complicationen bei den Kindern. (De la rhinopharyngite et de ses complications chez les enfants.)** *Bulletin médical. 26. Januar 1901.*

Verf. zeigt an der Hand zahlreicher Beobachtungen, dass die Rhinopharyngitis bei Kindern eine grosse Zahl von Störungen verursachen kann, welche oft auf andere Ursachen zurückgeführt werden. Bei hypertrophischen Mandeln oder adenoiden Wucherungen begünstigt ein häufiges Recidiviren des Nasenrachencatarrhs auch das Auftreten secundärer Störungen (Otitis, Pharynxabcesse, Bronchopneumonien etc.). In Anbetracht der häufigen Complikationen, die mit der Rhinopharyngitis einhergehen, empfiehlt Verf. eine recht gründliche Untersuchung des Nasenrachenraums und event. eine prophylaktische Behandlung desselben.

A. CARTAZ.

15) **Dunbar Roy. Chronische Nasenrachenerkrankung (Tornwaldt'sche Krankheit). (Chronic naso-pharyngeal disease [Tornwaldt's disease].)** *Alabama Medical Journal. Januar 1902.*

Das Wesentliche dieser Arbeit scheint der weitgehende Widerspruch des Verf. gegenüber den Ansichten anderer Autoren zu sein; so gegenüber Delavan, Hajek, Tornwaldt, Ziem, Schmiegelow. Verf. demonstrirt 2 Fälle, ohne indess neues zu bringen. EMIL MAYER.

16) **A. Seibert. Behandlung des Nasenrachenraums bei Scharlach. (Treatment of the naso-pharynx in scarlatina.)** *Archives of Pediatrics. August 1901.*

Zur Behandlung wird die Applikation 50proc. alkoholischer Resorcinlösung mittelst Wattebausch empfohlen. EMIL MAYER.

17) **Fischenich. Syphilis des Nasenrachenraumes. (Naso-pharyngeal syphilis.)** *Atlantic Journal Record of Medicine. December 1901.*

Uebersetzt aus der Revue médicale. EMIL MAYER.

18) **F. Peltesohn** (Berlin). **Ueber die Angina lacunaris des Nasenrachenraums.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. Marhold. Halle a/S. V. No. 6. 1901.*

Nach einer Schilderung der anatomischen Verhältnisse des Nasenrachens bespricht P. die Symptomatologie der Angina der Rachenmandel.

Sie tritt mit Vorliebe in den ersten zwei Decennien auf und ein einmaliges Ueberstehen scheint die Disposition zu Recidiven zu schaffen. Beginn mit Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen in Kopf und Nacken, Schluckweh, Nasenverstopfung, gestopfte und todte Sprache, Drüsenschwellung am Unterkieferwinkel und Nacken, Störung des Allgemeinbefindens; Röthung der hinteren Rachenwand, Abfluss schleimigen Secrets aus dem Nasenrachen, auffallende Röthung der Plica salpingopharyngea, Röthung und Schwellung der Rachenmandel, an der weissliches Secret haftet.

Selten kommt es zu einer Mittelohrentzündung, gewöhnlich besteht aber eine Entzündung der Nasenschleimhaut. Einmal sah er sich einen Abscess ausbilden, der zu einer Entzündung der zwei ersten Wirbel und des Atlanto-occipitalgelenks führte. Die Diagnose stützt sich auf die postrhinoskopische Untersuchung, wenn diese möglich und auf die angegebenen Symptome, vor allem auf die gerötheten mit geschwollenen Follikeln besetzten Seitenstränge.

Therapie: Bettruhe, Eispillen, blande Diät, hydropathischen Halsumschlag, Chinin.

Nach Ablauf der Entzündung entferne man das adenoide Gewebe aus dem Nasenrachen.

A. ROSENBERG.

19) **Natier** (Paris). **Vortäuschung von adenoiden Wucherungen bei mangelhafter Athmung neuropathischer Individuen. Behandlung durch Athemgymnastik. (Faux adénoidisme par insuffisance respiratoire chez des néuropathes. Traitement par la gymnastique respiratoire.)** *Rev. hebd. de Laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Es handelt sich hier um ein Kind mit Lungenatelektase und Rauhigkeit der Stimme ohne adenoide Wucherungen. Völlige Heilung nach sechsmonatlicher Behandlung mit Athemgymnastik.

MOURE.

20) **M. Yearsley. Aetiologie der adenoiden Wucherungen. (The etiology of adenoids.)** *N. Y. Medical Report. 22. Juni 1901.*

Verf. bespricht 307 Fälle von adenoiden Wucherungen und betont, dass die Affection wesentlich dem Kindesalter angehört, aber auch bis in spätere Altersperioden fortdauern kann. Wenn man auch nicht behaupten kann, dass die Affection hereditär ist, so zeigt sich doch immerhin eine gewisse Tendenz zu familiärem Vorkommen. Die vornehmlichen Ursachen für ihre Entstehung sind katarrhalische Entzündungen. Das Vorherrschen der adenoiden Wucherungen in feuchten, kalten Gegenden ist darauf zurück zu führen, dass die Pharynxtonsillen durch Katarrhe zur Hypertrophie gebracht werden.

LEFFERTS.

21) **G. Bonne** (Klein-Flottbek). **Ueber die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum, insbesondere für die Entstehung der Nasenrachenvegetationen und der Carcinome.** *Vortrag, auf der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg 1901.*

Verf. versteht unter Ekzema seborrhoicum in Uebereinstimmung mit Unna einen „infectiösen Hautkatarrh mit proteusartigem Charakter, dessen einheitliches Wesen sich aber dadurch documentirt, dass die einzelnen unter sich ziemlich ver-

schiedenen Formen bei demselben Individuum zur gleichen Zeit oder in beliebigen Zwischenräumen, event. noch variirt durch die mannigfaltigsten Complicationen, vorkommen können."

Verf. glaubt, dass dieser infectiöse Hautkatarrh nicht an der Grenze der Schleimhaut Halt mache, sondern hier chronischen und acuten Katarrh bewirke und den Locus minoris resistentiae für das Eindringen von Staphylokokken, Streptokokken und Tuberkelbacillen bilde. Nicht also, wie man gewöhnlich annehme, der Katarrh der Nase bewirke das Ekzem in der Umgebung der Nase, sondern Ekzem und Nasenkatarrh seien verschiedene Manifestationen derselben Ursache.

Verf. hat unter 400 Familien seiner Praxis 100 ekzematöse. Diese liefern das ganze Heer der Kinder mit Neigung zu Schnupfen, mit Hyperplasien der Gaumen- und Rachenmandeln, Mittelohrcatarrhen, Neigung zum Croup, zu Diphtherie, Lungenkatarrhen und -Entzündungen, Magen- und Darmkatarrhen. Verf. bespricht weiter den Zusammenhang von Ekzem und Asthma, Ekzem und Gicht, Ekzem und Carcinom.

(Ausführlich hat Verf. seine Theorien niedergelegt in einer Monographie: Das seborrhoische Ekzem als Constitutionsbasis der sogenannten Scrophulose etc. München 1900.)

ZARNIKO.

22) J. J. Mitchell. **Die Pathologie der adenoiden Wucherungen beim Erwachsenen. (The pathology of adenoids in the adult.)** *Missisippi Medical Record. Mai 1901.*

Adenoide Wucherungen können zu Deformationen des Oberkiefers führen und Verf. hebt besonders hervor, wie oft die weitgehendsten Deformationen von ganz kleinen adenoiden Wucherungen verursacht werden.

EMIL MAYER.

23) A. J. Mitchell. **Veränderungen der Gesichtsknochen durch adenoide Wucherungen. (Changes in the facial bones due to adenoids.)** *Journal American Medical Association. 27. Juli 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

24) J. F. Fischer (Kopenhagen). **Ueber die adenoiden Vegetationen in dem Nasenrachenraum als Ursache der Enuresis. (Om de adenoide Vegetationer i Näsevälgrummet som Aarsag til Enuresis.)** *Ugeskrift for Läger. 20. Septb. 1901.*

Verf. hat ein Material von 716 Fällen von adenoiden Vegetationen, theils aus der Privatpraxis, theils aus der Poliklinik, bearbeitet. In der ersten Gruppe befanden sich 400 Pat., wovon 8 pCt. oder 31 an Enuresis litten; von diesen sind nur 24 später controlirt. Bei diesen hat die Entfernung folgendes Resultat gegeben: Bei 54 pCt. wurde die Enuresis geheilt, bei 31 pCt. gebessert, wogegen keine Veränderung bei 15 pCt. constatirt wurde.

Unter den 316 poliklinischen Patienten hatten 23 pCt. oder 75 Enuresis, von diesen wurden nur 45 später controlirt. Es zeigte sich, dass 62 pCt. geheilt, 35 gebessert waren, und nur bei einem Patienten konnte keine Wirkung constatirt werden. Im Ganzen waren 93 pCt. geheilt oder gebessert.

Verf. meint, dass die behinderte Nasalrespiration, die einen unruhigen Schlaf und Aprosexie bedingt, eine Rolle gegenüber Enuresis spiele. SCHMIEGELOW.

25) **J. Welch. Adenoide Wucherungen im Rachen und ihre Behandlung vom Standpunkt des Landarztes aus. (Pharyngeal adenoids and their treatment viewed from the standpoint of a country doctor.)** *Kansas City Medical Index-Lancet. August 1901.*

Der Aufsatz strotzt von Irrthümern und gereicht weder dem Verf. noch der Zeitschrift zur Ehre. EMIL MAYER.

26) **H. Gradle. Beobachtungen über die Pathologie der Pharynxtonsillen und ihre operative Entfernung. (Observations on the pathology of the pharyngeal tonsil and on its operative removal.)** *Laryngoscope. 1901.*

Verf. ist der Ansicht, dass die adenoiden Wucherungen das Resultat von acuten Schnupfenanfällen sind. Er hat das Schuetz'sche Adenotom bezüglich seiner Grösse, seiner Construction und seines Griffes modificirt. Er betont, dass diese Guillotine nun allemal die ganze Tonsille exstirpirt sowie geringere Schmerzen und schwächere Nachblutungen verursacht.

Verf. hält die Heranziehung der Narkose im allgemeinen nicht für gerechtfertigt, abgesehen von solchen Fällen, wo die Kinder sonst nicht stillhalten oder wo gleichzeitig auch die Gaumentonsillen mit entfernt werden müssen. Verf. hat 5 Fälle von acuter Entzündung der Pharynxtonsille beobachtet. EMIL MAYER.

27) **Buys. Einige Worte bezüglich der Indicationen zur Entfernung adenoider Wucherungen beim Kinde. (Quelques mots à propos des indications de l'enlèvement des végétations adénoïdes de l'enfant.)** *Journal Méd. No. 2. 1901.*

B. empfiehlt nicht bloss bei adenoidem Habitus und Nasenverlegung nach adenoiden Vegetationen zu spüren, sondern auch bei anämisch aussehenden Kindern, die husten, ohne den typischen Habitus. Anämie und Bronchitis kommen rasch zum Verschwinden mit der Entfernung der adenoiden Wucherungen.

BAYER.

28) **A. Rabat. Resultate von 200 Adenoidoperationen. (Résultat opératoire de 200 observations de végétations adenoïdes.)** *Thèse de Toulouse. Januar 1901.*

Eine Statistik über 200 Fälle aus der Escat'schen Abtheilung, ohne besonderes Interesse. Verf. bevorzugt die Bromaethylnarkose. Er verwirft Spülungen vor oder nach der Operation und wendet Insufflationen mit dem Politzer zur Entfernung der Blutgerinnsel an. A. CARTAZ.

29) **G. S. Mc Reynolds. Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum und ihre Entfernung. (Adenoid vegetations of the naso-pharynx and their removal.)** *Memphis Medical Monthly. April 1901.*

Verf. operirt mit Curette und in Chloroformnarkose. EMIL MAYER.



30) **B. C. Kelly. Adenoide Wucherungen. (Adenoids.)** *Jowa Medical Journal. 15. October 1901.*

Verf. operirt in Choroformnarkose. Der Erfolg der Operation ist allemal abhängig von der Gründlichkeit, mit der die Wucherungen entfernt worden sind.

EMIL MAYER.

31) **W. J. Dudley. Lymphoidgeschwülste des Nasenrachenraumes. (Lymphoid growths of the naso-pharynx.)** *Brooklyn Medical Journal. October 1901.*

Verf. operirt am aufrecht sitzenden Patienten. EMIL MAYER.

32) **P. Rudloff. Adenoid-Operation am hängenden Kopf in der Narkose. (Adenoid operation on the pendent head under general anaesthesia.)** *Archives of Otology. Juni 1901.*

Hypertrophische Tonsillen sollen einige Wochen vor der Adenoidoperation entfernt werden. Verf. bevorzugt Operation am hängenden Kopf vor der aufrechten Stellung und bedient sich des Böcker'schen Ringmessers zur Entfernung der adenoiden Wucherungen, wobei er die Zunge mit der Kugelzange vorzieht. Sogleich nach Aufhören der Narkose wird der Pharynx inspicirt und gelockertes Gewebe mit dem Ringmesser entfernt. In seltenen Fällen wuchert auch in den Rosenmüller'schen Gruben adenoides Gewebe. Bei Patienten über 5 Jahre kann man unter Umständen die Carotiden von den seitlichen Wandungen dieser Gruben aus verletzen.

EMIL MAYER.

33) **Notiz des Herausgebers. Narkose bei Operationen adenoider Wucherungen. (Anaesthesia in operations for adenoids.)** *Archives Pediatrics. Mai 1901.*

Es giebt Aerzte, die, nur die ungefährlichen Wirkungen des Chloroforms bei Erwachsenen kennend, die tödtliche Wirkung desselben bei Kindern mit lymphatischer Constitution gerade dann kennen lernen, wenn sie es bei Adenoidoperationen verwenden. Aether ist ungefährlich und die übermässige Schleimsecretion, die zuweilen dabei auftritt, kann durch vorausgehende Reinigung der Schleimhäute und prophylaktische, subcutane Injection von 0,0002 Atropin gemildert werden. Die primäre Aethernarkose ist oft für eine Operation ausreichend, lässt besonders nach voraufgehender Lachgasinhalation noch schnelleres Operiren zu als mit Aether allein.

EMIL MAYER.

34) **J. W. Gleitsman. Ueber die Anwendung der A. C. E. Mischung und Aethylbromid bei Operationen von adenoiden Wucherungen. (On the use of A. C. E. mixture and ethyl bromide in operations for adenoid vegetations.)** *N. Y. Medical Record. 2. November 1901. N. Y. Medical News. 16. November 1901.*

Verf. wendet fast ausschliesslich die Bromäthylnarkose an und giebt eine ausführliche Darstellung seines Operationsverfahrens. LEFFERTS.

35) **Notiz des Herausgebers. Narkose bei Operationen an adenoiden Wucherungen. (Anaesthesia in adenoid operations.)** *Louisville monthly Journal of Medicine and Surgery. December 1901.*

Verf. bevorzugt Stickoxydul und Aether und liegende Haltung des zu operirenden Patienten.

EMIL MAYER.

36) **M. Hagedorn** (Hamburg). **Schwere spontane Nasenblutung nach einer Ausräumung adenoider Vegetationen.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. Marhold, Halle. V. Heft 4. 1901.*

Einige Stunden nach der Entfernung der hyperplastischen Rachentonsille bei einer 17jährigen Patientin trat eine Blutung ein, die sich bedrohlich steigerte und nur aus dem rechten Nasenloche stattfand. Die rhinoskopische Untersuchung ergab, dass das Blut aus allen Theilen der sichtbaren Schleimhäute in dem vorderen Abschnitt der Nasenhöhle kam. Tamponade stillte die Blutung. Nun fing es links an zu bluten, wo derselbe Befund erhoben und dieselbe Therapie Erfolg brachte.

Diese Blutung wurde zurückgeführt auf den Umstand, dass die Operation 3 Tage vor den erwarteten Menses stattfand, die bei der Pat. immer sehr profuse waren, so dass man an vicariirende Menstruation denken konnte; aber bald darauf traten die Menses in unverminderter Stärke ein und dauerten die gewohnten acht Tage.

A. ROSENBERG.

37) **Seifert** (Würzburg). **Ueber die Blutungen nach Operationen an den Gaumentonsillen.** *Wien. klin. Rundschau. No. 15. 1901.*

Zusammenstellung verschiedener Blutstillungsmittel nach Tonsillotomie und Mittheilung zweier Fälle von Angina phlegmonosa, bei welchen nach der Incision eine ausserordentlich starke primäre Blutung auftrat. S. empfiehlt in solchen Fällen die Tamponade der Wunde resp. der Höhle als die einfachste und sicherste Methode der Blutstillung.

CHIARI.

38) **A. C. Getchell. Gefährliche Blutung nach Entfernung vergrösserter Tonsillen und adenoider Wucherungen. Mittheilung eines Falles. (Dangerous hemorrhage after removal of enlarged tonsils and adenoids with the report of a case.)** *Journal American Medical Association. 5. October 1901.*

Der mitgetheilte Fall nahm günstigen Verlauf und Verf. kommt zu dem Schlusse, dass bei Kindern unter 5 Jahren die Entfernung der Tonsillen und adenoiden Wucherungen nur mit grösster Vorsicht unternommen werden darf, und dass man im Falle, dass das Kind schwächlich und anämisch ist, lieber auf die Aethernarkose verzichten soll. Die Tonsillen können und sollen trotzdem entfernt werden, aber ohne Narkose oder nur nach einigen Zügen Chloroform, selbst auf die Gefahr einer unvollkommenen Entfernung hin.

EMIL MAYER.

39) **E. L. Shurly. Bemerkungen über die Nachwirkungen von Operationen zur Entfernung von adenoidem Gewebe im Rachengewölbe. (Remarks on the after-effects of operations for the removal of adenoid tissue at the vault of the pharynx.)** *Journal American Medical Association. 1. Mai 1901.*

Derartige Operationen sollen vermieden werden zu Zeiten, wo Influenza, Diphtherie und andere Infectionskrankheiten epidemisch herrschen. Unter Umständen treten nach Adenoidoperationen Entzündungen des Mittelohres und der Nebenhöhlen auf, die nach einigen Tagen wieder vorübergehen oder aber auch zu eitrigen Katarrhen führen können. Es sind sogar einige wenige Fälle von allge-

meiner Sepsis nach derartigen Eingriffen beobachtet worden. Verf. hat einen Fall mit nachfolgender tödtlicher Meningitis erlebt.

EMIL MAYER.

40) **Broeckaert. Rheumatische Anfälle im Anschluss an die Abtragung adenoider Vegetationen. (Accidents Rheumatismaux consécutifs à l'Ablation des Végétations Adénoides.)** *La Belgique Méd. No. 46. 1901.*

B. theilt zwei Fälle mit, bei welchen die Abtragung adenoider Wucherungen resp. der Nasenrachenmandel das eine Mal 4 Tage, das andere Mal 4—5 Tage nach der Operation von einem Anfall von acutem Gelenkrheumatismus gefolgt war, der 14 Tage bis 3 Wochen andauerte.

BAYER.

41) **Christian R. Holmes** und **H. Stowe Garlick. Ueble Zufälle bei Operationen von adenoiden Wucherungen. (Accidents attending adenoid operations.)** *Journal American Medical Association. 23. März 1901. Laryngoscope. Mai 1901.*

Holmes theilt einen Fall mit, in welchem die scharfe Klinge der Gottstein'schen Curette im Beginn einer Adenoidoperation abbrach und nur mit grösster Mühe aus dem Rachen herausgeholt werden konnte. (Deshalb hat er eine erheblich verstärkte Klinge als Modification der Curette eingeführt, die bedeutend stärkeren Druck aushalten kann.)

Garlick beobachtete einen Eall, in welchem die Klinge abbrach und verschluckt wurde. Sie kam nach 3 Tagen wieder per rectum, ohne irgend welche Verletzung gemacht zu haben, zum Vorschein.

EMIL MAYER.

42) **Justi** (Idstein am Taunus). **Geschichtliches über den scharfen Löffel zur operativen Entfernung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum.** *Wien. med. Wochenschr. No. 24. 1901.*

Seine durch die Praxis errungenen Erfahrungen fasst J. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das beste Instrument zur Entfernung der Ad. Veg. ist der sterile, scharfe Löffel.

2. Der scharfe Löffel wird ohne jedes Hilfsmittel vom Munde aus in den Nasenrachenraum eingeführt und die Ausschabung in einer einzigen, minutenlangen Sitzung beendet.

3. Nach der Auslöffelung wird das Operationsfeld sich selbst überlassen, da Blut als vorzügliches Mittel gegen Infection wirkt und auf diese Weise jede Complikation, besonders das Zustandekommen einer Mittelohrentzündung verhütet wird.

(Wenn Referent mit der Anwendung des scharfen Löffels zur Entfernung der Ad. Veg. überhaupt nicht einverstanden sich erklärt, so kann er dies noch weniger mit der vom Autor angeführten Begründung seines Vorgehens thun, die nur zeigt, dass J. über die Handhabung anderer Instrumente, wie z. B. des Ringmessers, gewiss nicht orientirt ist.)

CHIARI.

43) **Emil Amberg. Eine Adenoid-Sonde. (An adenoid probe.)** *Medical Review of Reviews. 25. Mai 1901.*

Dieses Instrument soll den palpirenden Finger ersetzen und ist von ähn-

licher Construction wie ein postnasaler Applikator, nur dass es dicker und stärker sowie an den Enden abgerundet ist.

EMIL MAYER.

44) **Buys. Eine neue Curette für adenoide Wucherungen. (Une nouvelle curette pour tumeurs adenoïdes.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 21. 1901.*

In der Sitzung vom 5. April 1901 des Cercle Méd. von Brüssel zeigt B. eine von ihm modificirte schneidende Curette vor, welche den kindlichen Verhältnissen des Nasenrachenraums angepasst ist.

BAYER.

45) **Albrecht** (Cochem). **Ueber Tumoren des Nasenrachenraums.** *Dissertation. Halle 1901.*

In den 3 Fällen, in welchen es sich um leukämische Tumoren des Nasenrachenraums handelte, war Jodkali (innerlich) von gutem Erfolge begleitet.

SEIFERT.

46) **A. V. Milholland. Ein selten grosser Polyp im Pharynx. (An unusually large polypus presenting in the pharynx.)** *Maryland Med. Journal. Juni 1901.*

Der Ursprungssitz des Polypen war im mittleren Meatus, und es hing derselbe bis zum Rand der Epiglottis herunter.

EMIL MAYER.

47) **A. Francis** (Brisbane, Queensland). **Ein einfaches Verfahren zur Entfernung postnasaler Polypen. (A simple method of removing postnasal polypi.)** *Australasian Medical Gazette. 30. Juli 1901.*

Das Verfahren beruht auf einer Abschnürung der Polypen durch Fadenschlingen, die von der Mund- sowie Nasenhöhle her combinirt eingeführt werden.

A. T. BRADY.

48) **Halasz** (Hódmezö-Vásárhely). **Ein seltener Fall von Nasenrachenfibrom.** *Wien. med. Wochenschrift. No. 42 u. 43. 1901.*

Der Tumor war 7 cm lang, im maximalen Umfang $10^1/_2$ cm, betraf eine Frau; es fanden sich noch ein Choanenrandpolyp und mehrere Schleimpolypen in der Nase.

CHIARI.

49) **J. H. Philip. Fibrom des Nasenrachenraums. (Fibroma of naso-pharynx.)** *Laryngoscope. Januar 1902.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

50) **Papanicolaou** (Konstantinopel). **Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung der Nasenrachenfibrome auf natürlichem Wege. (Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fibromes naso-pharyngiens par les voies naturelles.)** *Revue médico-pharmaceutique, Constantinopel. No. 14. 1901.*

Nach einer geschichtlichen Uebersicht über die Behandlung der Nasenrachenfibrome veröffentlicht P. vier derartige Fälle.

Bei einer 55 jährigen Patientin konnte er wegen Weigerung derselben die Operation nicht ausführen; die drei anderen sind auf dem natürlichen Wege mit ausgezeichnetem Erfolge operirt worden.

Beim ersten dieser Kranken, einem 14jährigen Knaben, füllte der Tumor den ganzen Nasenrachen aus und stieg bis zur Hälfte des oralen Pharynx herunter. Er wurde mittelst der Schlinge vom Munde aus in toto entfernt.

Im zweiten Falle, bei einer 24jährigen Frau, entsprang das Fibrom von der linken Seite der Schädelbasis und sandte Fortsätze in die Nase; die operative Entfernung gelang mittelst des Lange'schen Hakens.

Im dritten Falle, bei einem 55jährigen Kranken, bestand neben Occlusion des Nasenrachens, der linken Nase, Eindringen der Geschwulst in die rechte Highmorshöhle, Zerstörung der Ethmoidalzellen und des Os lacrymale, Exophthalmus, Dislocation des Os nasale u. A. Die Entfernung der retronasalen Geschwulst gelang auch hier mit dem Lange'schen Haken. A. ROSENBERG.

51) **Chevalier Jackson. Primäres Carcinom des Nasenrachenraums. (Primary carcinoma of the Nasopharynx.)** *Journal American Medical Association. 10. August 1901.*

Verf. giebt eine tabellarische Zusammenstellung von 14 Fällen. Die Hauptpunkte, die er zur Discussion stellt, sind folgende: 1. Warum ist das Carcinom des Nasenrachenraums verhältnissmässig so selten? 2. Steht diese relative Seltenheit in irgend einer Beziehung zu dem in der Aetiologie des Carcinoms vielfach betonten Reizmoment? 3. Ist die Radicaloperation in sicheren Fällen von Nasenrachenkrebs immer anzurathen? 4. Wenn sie es in beginnenden Fällen ist, in welchem Stadium darf dann nicht mehr operirt werden? 5. Was lässt sich zur Euthanasie inoperabler Fälle thun? EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

52) **W. Sternberg. Geschmacksempfindung eines Anencephalen.** *Zeitschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinne. Bd. XXVII. H. 1/2. S. 77.*

Verf. beobachtete bei einem Anencephalus 26 Stunden nach der Geburt deutliche Reactionen beim Aufpinseln von vier die Geschmacksqualitäten repräsentirenden Lösungen, und zwar rief nur die süsse Zuckerlösung jedesmal eine einem Lustgefühl entsprechende mimische Reflexbewegung hervor, während die anderen das Gegentheil bewirkten. J. KATZENSTEIN.

53) 1. **Kiesow** und **Holm. Beobachtungen über die Empfindlichkeit der hinteren Theile des Mundraumes für Tast-, Schmerz-, Temperatur- und Geschmacksreize.** *Zeitschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinne. XXVI. 5/6. S. 383.*

2. **Dieselben. Ueber Geschmacksempfindungen im Kehlkopf.** *Ebenda. XXVII. 1/2. S. 80.*

1. Geschmacksempfindungen konnten an der Uvula niemals an den Tonsillen, den vorderen und hinteren Gaumenpfeilern in der Regel nicht, am weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand stets nachgewiesen werden.

2. Wiederholung der Michelson'schen Versuche mit Ausdehnung auf das Larynxinnere. An der laryngealen Seite der Epiglottis besteht für alle Geschmacksempfindungen ein positives Resultat, auch das Larynxinnere wurde für süss, bitter und salzig geschmackstüchtig befunden. J. KATZENSTEIN.



54) **Claudio Fermi. Ueber das Kauen der Speisen.** *Arch. f. Anat. u Physiol. 1901. Suppl.-Bd. S. 98.*

Die verschiedenen Speisen erfordern verschieden lange Mastication: a) längere, z. B. Schinkenschwarte 199, Schinken 50 Masticationsacte, b) kürzere, z. B. Eiergraupen in Fleischbrühe 0, dicker Reis 5 Masticationsacte.

Die weichen, faserigen, zähen Speisen (rohes Fleisch) hinterlassen weniger Mundüberreste als die trockenen, zerreibbaren und fetten, letztere geben eine grössere Anzahl von Theilchen und durchtränken sich nicht so leicht, so dass sie sich schwerer zum Speisebolus vereinigen.

Im Verlaufe fieberhafter und ansteckender Krankheiten, selbst bei einfachem Schnupfen soll geeignete Diät, d. h. eine Wahl leicht verdaulicher Speisen und Vermeidung jener Speisen bestehen, welche durch ihre Mundüberreste von selbst beständig die Schleimhaut auch nur eine Zeit nach der Mahlzeit reizen könnte.

J. KATZENSTEIN.

55) **J. U. Gaudenz. Ueber die Zerkleinerung und Lösung von Nahrungsmitteln beim Kauact.** *Arch. f. Hygiene. 1901. Bd. 39. Heft 3. S. 230.*

Verf. suchte die Einwirkung des Kauactes auf die Nahrung exact zu bestimmen, wobei die Kauthätigkeit freilich nur der Zeit nach gemessen werden konnte. Es wurde ein Bissen, dessen Grösse für die verschiedensten Substanzen eine nahezu constante Grösse darstellt, so lange gekaut, bis sich der Trieb zum Schlucken einstellte, dann die gekaute Masse ausgespült und auf den Grad der Zertheilung und Lösung untersucht. Verf. stellt seine Ergebnisse in Tabellen zusammen, von denen sich die erste auf eiweisshaltige Stoffe: hartgekochtes Eiweiss, Käse, Fleisch bezieht. Die grössten Theilchen, von denen stets nur wenige gefunden wurden, hatten 7—9 mm Durchmesser, Stücke von über 12 mm werden beim Schlucken zurückgehalten. Dabei gehen etwa 12—18 pCt. des Gewichts der gekauten Substanz in Lösung. Die zwei anderen Gruppen von Nahrungsmitteln, die Verf. unterscheidet, stärkereiche Vegetabilien, wie Makaroni, Kartoffeln, und zuckerreiche, wie Aepfel, gelbe Rübe, Rettig, sind wesentlich in Bezug auf die Löslichkeit verschieden, indem bei den ersteren mindestens 27—40 pCt., bei der zweiten 30—50 pCt. gelöst werden.

J. KATZENSTEIN.

56) **J. Schreiber. Ueber den Schluckmechanismus.** *Arch. f. exper. Pathol. XLVI. 5/6. S. 414.*

Verf. vergleicht das Schluckpharyngogramm mit dem Deirogramm; letzteres besteht in der Curve eines Registrirballons, welcher aussen am Halse (δειρή) zwischen Pom. Adami und vorderem Kieferwinkel angebracht ist. Auf dieser Curve lassen sich 3 Punkte ablesen: 1. Die Contraction der Mylohyoidei (Höhlung des Mundbodens), 2. die Contraction der Hyoglossi (Ebnung und Vorwölbung des Mundbodens), 3. die Aufwärtsbewegung des Kehlkopfes durch die Contraction der Genio- und Thyreohyoidei. Erst mit der Hebung und Vorwärtsbewegung des Kehlkopfes wird der Oesophagus geöffnet. Der Stempeldruck des Mylohyoideus lässt jetzt nach und geht über auf die Constrictores pharyngis. Letztere hält Verf. für wichtiger als den Mylohyoideus. Die Eröffnung der Speiseröhre beginnt erst

0,2 Secunden nach Beginn der Mylohyoideus-Contraction. Die Untersuchungen von Sch. stehen im Gegensatz zu denen von Kronecker und Melzer.

J. KATZENSTEIN.

57) Howard Morrow. **Primär luetisches Geschwür an der Oberlippe. (Primary luetic sore on lower lip.)** *Journal American Medical Association. 1. März 1902.*

Es handelt sich um eine junge Frau, bei der das Geschwür seit 5 Wochen bestand. Es hatte als Fissur begonnen und wurde später indurirt. Dabei Schwellung der Nachbardrüsen. Schnelle Heilung unter specifischer Behandlung.

EMIL MAYER.

58) Prackin. **Transplantation eines Hautlappens vom Halse in die Mundhöhle bei narbiger Constriction der Kiefer. (Peresagka koscnawo loskuta shei w polost rta pri aubzewom swedenii tschelusta.)** *Rusk. Wratsch. 1902. 517.*

Der Autor machte zweimal die Operation, sie gelang aber nur einmal. Kosmetisch hält der Autor seine Methode vortheilhafter, als diejenige von Esmarch und Gussenbauer.

P. HELLAT.

59) Blümm (Keinwellstadt). **Ueber ein Adamantinom des Oberkiefers.** *Dissert. Würzburg 1901.*

Die Untersuchung der einem 61jährigen Manne von Rosenberger aus dem rechten Oberkiefer entfernte Geschwulst ergab, dass es sich um eine aus Schmelzkeimen hervorgegangene Geschwulst handelte, welche vom Autor als Epithelioma adamantinum, vom Verf. als Adamantinom bezeichnet wird.

SEIFERT.

60) F. J. Quinlan. **Syphilitische Zerstörung des Kieferknochens. (Syphilitic destruction of the maxillary bone.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

61) Karl Peter. **Zur Bildung des primitiven Gaumens bei Mensch und Säugethieren.** *Anat. Anzeiger. Bd. XX. No. 22.*

Der primitive Gaumen wird allein durch Verschmelzung der Nasen- und Oberkieferfortsätze gebildet.

J. KATZENSTEIN.

62) Geronzi. **Ueber klonische Spasmen des Pharynx mit Beitrag zum Studium der Veluminnervation. (Sugli spasmi clonici faringo-stafilini con contributo allo studio innervazione del velo.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. October 1901.*

Verf. theilt drei Krankengeschichten mit und giebt eine Uebersicht über den heutigen Stand der Anschauungen von der Innervation des weichen Gaumens; er selbst neigt der Ansicht zu, das dieselbe vom Hypoglossus besorgt wird.

FINDER.

63) Ehrmann. **Anomalie des Gaumensegels. (Anomalie de la voûte palatine.)** *Société de chirurgie. 5. Mai 1901.*

Aeusserst seltene Missbildung, die in einem grossen Defect des knöchernen Gaumens besteht, welcher von seinem vorderen Winkel bis zu den Schneidezähnen nur 23 mm misst.

PAUL RAUGÉ.



64) **B. Lapowski. Psoriasis an den unteren Gliedmassen und dem harten Gaumen. (Psoriasis of the lower extremities and on the hard palate.)** *Laryngoscope. December 1901.*

Demonstration und Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

65) **Gaudier. Tumor des Gaumensegels. (Tumeur du voile du palais.)** *Nord médical. 15. November 1901.*

Verf. operirte eine 43jährige Frau, bei der sich im Laufe von 4 Jahren ganz allmählich ohne Schmerzen und Drüsenschwellungen ein Tumor am Gaumensegel entwickelt hatte. Es bestanden nur Beschwerden beim Schlucken und beim Athmen. Der orangengrosse Tumor wurde zunächst für Fibrom oder Fibrosarkom gehalten und reichte oben bis an die Hypophysis pterygoidea heran. Exstirpation und Naht des Gaumensegels, schnelle Heilung trotz ziemlich starker Blutung.

Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte sich heraus, dass es sich um Fibrom mit myxomatösen und sarkomatösen Einsprengungen handelte.

A. CARTAZ.

66) **Ernest R. Brown. Ein ungewöhnlicher Tumor am weichen Gaumen. (An unusual tumor of the soft palate.)** *Montreal Medical Journal. December 1901.*

Eine weiche Tumormasse von der Grösse einer Schnellkugel sass der rechten Hälfte des weichen Gaumens auf. Der Patient gab an, dass die Entzündung vom Fuss nach dem Halse aufgestiegen sei. (? Red.) Bei Behandlung auf Gicht verschwand der Tumor.

EMIL MAYER.

67) **Julius Wolff. Frühoperation congenitaler Gaumenspalten. (Early operation for congenital cleft palate.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1901.*

Verf. legt ein Wort für frühzeitige Operation ein und bespricht folgende Punkte ausführlicher:

1. Die Schwierigkeit frühzeitigen Verschlusses der Gaumenspalte; 2. die günstigen Aussichten bezüglich der Heilresultate bei frühzeitiger Operation; 3. die Lebensgefahr, die die frühzeitige Operation an der Gaumenspalte mit sich bringt; 4. die lebensrettende Bedeutung einer erfolgreichen frühzeitigen Operation; 5. weitere, speciell günstige Resultate durch erfolgreiche frühzeitige Operation; 6. die Möglichkeit eines ungünstigen Einflusses auf spätere Entwicklung von Oberkiefer und Gesicht durch die Verschliessung der Gaumenspalte.

EMIL MAYER.

68) **Willard Bartlett. Historische Uebersicht über die Behandlungsweisen des gespaltenen Gaumens mit Bericht über einen Fall. (An historical resumé of the procedures intended for the repair of cleft palate with mention of a case.)** *Interstate Medical Journal. December 1901.*

Verf. hält die Brophy'sche Operationsmethode für die beste.

EMIL MAYER.



69) C. A. Potter. **Sechs Fälle von operirter Gaumenspalte. (Six cases of operation for cleft palate.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. Februar 1902.*

Genaue Beschreibung von Operation und Nachbehandlung. EMIL MAYER.

70) George A. Raymond. **Behandlung der congenitalen Gaumenspalte auf mechanischem Wege. (The treatment of congenital cleft palate by mechanical appliances.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. Februar 1902.*

Selbst frühzeitige, erfolgreiche Operation bessert die Sprache nicht. Mittelst einer Prothese hat Verf. dagegen auf mechanischem Wege völlige Wiederherstellung der Stimme erreicht. EMIL MAYER.

71) L. Moszkowicz (Wien). **Ueber subcutane Injectionen von Unguentum paraffini.)** *Wien. klin. Wochenschr. 1901. No. 25.*

Bericht über günstige Resultate bei Verschluss von Defecten am Gaumen, zur Behebung der Difformität bei Sattelnase u. a. m.

Ueber die Technik der Injectionen sagt M. folgendes: Zur Verwendung gelangt Ung. paraffin (weisses Vaselin), welches durch einmaliges Aufkochen sterilisirt, sodann in die Spritze gefüllt und in dieser abkühlen gelassen wird. Erst wenn es als „feiner Faden" aus der Nadel hervortritt, wird es injicirt. Man suche von einer Einstichstelle die ganze Injection vorzunehmen. In straffem Gewebe soll langsam und nach vorhergegangener Infiltration mit Schleich'scher Lösung injicirt werden. CHIARI.

d. Diphtheritis und Croup.

72) R. Hewlett und H. Montague Murray. **Eine häufige Infectionsquelle für Diphtherie und ihre Bekämpfung. (On a common source of diphtherial infection and a means of dealnig with it.)** *Brit. Med. Journal. 15. Juni 1901. N. Y. Medical Record. 29. Juni 1901.*

Bei 385 Kindern, deren Mundhöhlen im Victoriahospital während des Jahres 1900 bakteriologisch untersucht wurden, fand sich, dass nur 235 keine Klebs-Löffler'schen und keine Pseudodiphtheriebacillen aufwiesen. Erstere fanden sich bei 15 pCt., letztere bei 24 pCt. der Kinder. Bei Kindern unter 2 Jahren fand sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus in 21 pCt. und bei solchen über 2 Jahren bei 14—5 pCt.

Darauf gestützt, betont Verf. die Bedeutung der Mundreinigung und Antisepsis bei Kindern. A. BRONNER.

73) M. H. Fussell. **Die Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung des Halses bei Diphtherie. (The value of throat cultures in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1901.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

74) **Delancy Rochester. Die Dauerhaftigkeit der Diphtheriebacillen. (Persistence of diphtheria bacilli.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Juni 1901.*

Verf. betont die lange Persistenz der Diphtheriebacillen im Munde und die wefahr derartiger Reconvalescenten für ihre Umgebung. Er befürwortet die AnGendung von Silbernitratlösungen als wirksames Mittel zur Beseitigung der Bacillen aus der Mundhöhle.

LEFFERTS.

75) **Seitz. Bacterium coli als Ursache der Diphtherie. (Colon bacillus as a cause of diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 22. Juni 1901.*

Es handelt sich um einen Fall, in welchem 3 Tage nach dem Auftreten von Schüttelfrost und Anginaerscheinungen falsche Membranen auf der rechten Tonsille sichtbar wurden. Es wurde Heilserum angewandt und bakteriologische Untersuchung eingeleitet. Der Kranke starb schnell im Collapse. Es fand sich, auch in den Membranen, nur Bacterium coli.

LEFFERTS.

76) **Morris Manges. Typhus und Diphtherie. (Typhoid fover and pharyngeal diphtheria.)** *American Medicine. 1. Juni 1901.*

Verf. weist an seinen Fällen nach, dass die Klebs-Löffler'sche Diphtherie gar nicht selten bei Typhus vorkommt. Ihre Prognose, besonders bei Kindern, ist verhältnissmässig ungünstig. Das Serum wurde in allen Fällen gut vertragen.

EMIL MAYER.

77) **E. M. Dupaquier. Scarlatina und Diphtherie. (Scarlatina and Diphtheria.)** *New Orleans Med. Journal. Juni 1901.*

Es handelt sich um ein vierjähriges Kind, bei dem das Scharlachexanthem sehr deutlich ausgesprochen war. Der Auschlag war nach 24 Stunden verschwunden, aber der Belag auf beiden Tonsillen noch vorhanden. Bakteriologische Untersuchung ergab den Klebs-Löffler'schen Bacillus. Injection von 3000 Antitoxineinheiten, Heilung.

EMIL MAYER.

78) **Frederick A. Packard. Klinische Erscheinungen der Diphtheria. (The clinical manifestations of diphtheria.)** *Proceedings Philadelphia Country Medical Society. Mai 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

79) **Brunard. Der Croup im St. Petrushospital im Jahre 1901. (La croup à l'Hôpital St. Pierre en 1901.)** *La Clinique. No. 38 u. 39. 1901.*

In Behandlung kamen 50 Fälle, 9 Anginen und 41 Croupfälle; 24mal wurde die Tracheotomie, 17mal die Intubation vorgenommen. Das Behring'sche Serum wurde in massiven Dosen angewandt. Die mikroskopische Untersuchung wurde in allen Fällen vorgenommen mit Ausnahme von dreien. Es handelte sich meist um Mischformen. Der Löffler'sche Bacillus in Reincultur kam nur 4mal vor. Albuminurie begleitete stets die diphtherische Infection; ein mit den klinischen Erscheinungen der Larynxdiphtheritis ganz identischer pseudodiphtheritischer Croup wurde constatirt.

BAYER.

80) **R. Kirton. Die Ernährung der Diphtheriekranken, vornehmlich der Kinder und der Schwerkranken. (The feeding of diphtheria patients, with special reference to children and severe cases.)** *Lancet. 15. Juni 1891. N. Y. Medical Record. 29. Juni 1901.*

Kinder sollen möglichst per os und mit Milch ernährt werden, und nur ganz ausnahmsweise per rectum. In schweren Fällen kann die subcutane Injection von Pferdeserum oder Kochsalzlösung nöthig werden. A. BRONNER.

81) **W. K. Robinson. Ueber Diphtherie und Behandlung einiger dabei vorkommenden Erscheinungen. (Diphtheria and treatment of some of its phases.)** *Colorado Medical Journal. Mai 1901.*

Bekannte Thatsachen. EMIL MAYER.

82) **G. N. Gabritscheosky. Einige Schwierigkeiten bei der Bekämpfung der Diphtherie. (Some difficulties in the combat with diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Mai 1901.*

Verf. bespricht Vorsichtsmaassregeln gegen die Verbreitung der Infection.

LEFFERTS.

83) **J. H. Mountain. Diphtherie und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Yale Med. Journal. Mai 1901.*

Von 30 Fällen starben zwei und nur drei wiesen charakteristische Membranbildung auf. Antitoxin wurde in jedem Fall applicirt und üble Nebenwirkungen davon, abgesehen von einer leichten Dermatitis in einem Fall, nicht beobachtet.

EMIL MAYER.

84) **J. P. Crozier Griffith. Behandlung der Diphtherie auf anderem Wege als mit Antitoxin. (Treatment of diphtheria other than with antitoxin.)** *Proceedings Philadelphia Country Medical Society. Mai 1901.*

Verf. bespricht zuerst die prophylaktische Behandlung und dann diejenige der Erkrankung selbst. Er unterscheidet dabei: 1. hygienische und diätetische, 2. locale, 3. allgemeine und constitutionelle. Er ist für reichliche Darreichung von Alkohol in schweren Fällen und rühmt gute Erfolge der Strychninbehandlung. Digitalis und ähnliche Herztonica sind gleichfalls von Nutzen. EMIL MAYER.

85) **W. B. Lewitt. Die Allgemein- und Localbehandlung der Diphtherie. (The general and local treatment of diphtheria.)** *Occidental Medical Times. Juni 1901.*

Verf. betont vor allem die Schonung des Herzens. EMIL MAYER.

86) **J. Dutton Stiele. Der gegenwärtige Stand der Antitoxinbehandlung bei Diphtherie. (The present aspect of the antitoxin treatment of diphtheria.)** *Proceedings Philadelphia Country Medical Society. Mai 1901.*

Unter der Anwendung des Heilserums ist die Todesziffer bei dieser Krankheit von 25—65 pCt, auf 16 pCt. herabgesunken. Unter günstigen Umständen geht die Mortalität sogar bis auf 8 pCt. herunter. Sie steht in directer Beziehung zu der frühzeitigen Anwendung des Heilserums, indem sie auf 3—5 pCt. heruntergeht

in Fällen, wo das Serum am 1. Krankheitstage injicirt wurde und schnell auf 35 bis 40 pCt. ansteigt, wenn das Serum erst am 4. Tag oder noch später in Anwendung kam. In der Privatpraxis sind deshalb die Resultate noch günstiger.

EMIL MAYER.

87) **T. B. Broadway. Ueber die Anwendung des Diphtherieserums. (On the uses of diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Mai 1901.*

Verf. tritt für frühzeitige ausgiebige Verwendung des Serums auch bei allen zweifelhaften Anginafällen ein.

LEFFERTS.

88) **Escherich. Antitoxin.** *N. Y. Medical Record. 1. Juni 1901.*

Vor der Serumbehandlung betrug der Procentsatz der Heilungen 54,8, während er nach derselben auf 86,92 pCt. gestiegen ist.

LEFFERTS.

89) **Rotch. Antitoxin in zweifelhaften Fällen. (Antitoxin in doubtful cases.)** *N. Y. Medical News. 1. Juli 1901.*

Selbst in Fällen, wo die Diagnose durch den bakteriologischen und klinischen Befund nicht bestätigt wird, kann die Anwendung des Heilserums förderlich sein.

LEFFERTS.

90) **Rob. J. Amyx. Antitoxin bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *St. Louis Medical Review. 1. Juni 1901.*

Verf. wünscht Anwendung hoher Dosen von Heilserum, und zwar 3000 Einheiten bei der ersten Injection und gewöhnlich 1500 bei der oder den folgenden. In manchen Fällen wurden bis zu 9000 Einheiten mit gutem Erfolg gegeben und bei etwa 25 pCt. aller Fälle 6000 Einheiten.

EMIL MAYER.

91) **A. Porter. Der Werth des Antitoxins bei der Verhütung der Diphtherie. (The value of antitoxin in the prevention of diphtheria.)** *Lancet. 22. Juni 1901.*

Bei einer schweren Diphtherieepidemie wurden die Insassen von 24 Häusern, in denen Erkrankungen aufgetreten waren, prophylaktisch mit 500 Einheiten injicirt, und nur 1 pCt. der Insassen erkrankte. In 24 in gleicher Weise betroffenen Häusern, in welchen keine prophylaktischen Injectionen vorgenommen waren, erkrankte dagegen $^1/_6$ der Bewohner.

A. BRONNER.

92) **W. CM'Donnel. Innerliche Darreichung von Diphtherieantitoxin. (Diphtheria antitoxine administered by the mouth.)** *Brit. med. Journal. 2. Mai 1901.*

Mittheilung von zwei Fällen, in welchen die innerliche Darreichung des Diphtherieserums unmittelbar Besserung brachte.

A. BRONNER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

93) **A. Onodi** (Budapest.) **Der Nervus accessorius und die Kehlkopfinnervation.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. 1. S. 70. 1901.*

O. theilt den Standpunkt von Grossmann, Grabower u. A., dass die

Kehlkopfinnervation nur mit dem Vagus in Zusammenhang steht und dass der Nervus accessorius nichts damit zu thun hat. Er möchte deshalb den Accessorius spinalis als den Accessorius bezeichnet und den Accessorius vagi als Bestandtheil des Vagus betrachtet wissen. Diesen Standpunkt hat O. mehreren hervorragenden Anatomen — Proff. Waldeyer, W. His, Froriep, van Wyhe, Lubosch, Fürbringer — mitgetheilt; er veröffentlicht die ihm zugegangenen Antworten, die den Standpunkt in praktischer Beziehung billigen und die Zusammengehörigkeit des Vagus mit dem Accessorius vagi bekräftigen, aber keine Trennung in vergleichend anatomischer Beziehung zwischen dem Accessorius vagi und dem Accessorius spinalis als erlaubt erachten. In längeren vergleichend-anatomischen und phylogenetischen Auseinandersetzungen kommt O. jedoch zu dem Schluss, dass eine solche Trennung doch durchführbar und sogar nothwendig ist: „Ebenso wie sich das Innervirungsgebiet des Accessorius von der ersten Urform der Selachier bis zur vollentwickelten Form des Accessorius spinalis beim Menschen gleichwerthig erhalten hat in dem Musculus trapezius der niederen Vertebraten und in dem Musculus trapezius + sternocleidomastoideus der höheren Vertebraten und des Menschen, so ist das Innervirungsgebiet des Vagus von den niedersten Vertebraten bis zum Menschen die entsprechende Pharynxmusculatur und die aus ihr stammende Kehlkopfmusculatur." Die vergleichend-anatomischen Thatsachen stehen also in vollem Einklange mit den neueren Ergebnissen der physiologischen Forschung. KLEMPERER.

94) **Trifiletti. Ueber Contractur der Stimmlippen in einigen Fällen von Medianstellung. (Sulle contrattura delle corde vocali in taluni casi di posizione mediana.)** *Giorn. Internazionale d. scienze mediche. Januar 1902.*

Verf. steht auf dem Standpunkt, dass bisweilen die Medianstellung nicht ein Zeichen für Abductorenlähmung mit consecutiver Contractur der Schliesser ist, sondern dass es sich um eine primäre Adductorencontractur handle infolge von Reizung des Recurrens. FINDER.

95) **Ch. J. Orr. Larynxkrisen bei Tabes. (Laryngeal crises in locomotor ataxia.)** *St Louis Courier of Medicine. März 1902.*

Mittheilung eines Falles. EMIL MAYER.

96) **M. Sänger** (Magdeburg). **Zur symptomatischen Behandlung des Hustens.** *Therapeut. Monatshefte. Juli 1901.*

Empfehlung von gashaltigen Mentholinhalationen und Einspritzungen von Menthollösungen in den Kehlkopf. A. ROSENBERG.

97) **Derscheidt. Vom Brechhusten bei Tuberkuloso und dessen Behandlung. (De la toux émétisante chez les tuberculeux et son traitement.)** *La Policlinique. No. 1. 1901.*

Hustenanfälle mit Brechreiz und Erbrechen, wie es sich häufig des Morgens bei Tuberculosen einstellt. Nichts Neues. BAYER.

98) **Henry Leview. Der Husten und seine Behandlung bei der Kehlkopf- und Lungentuberkulose. (Cough and its treatment in pulmonary and laryngeal tuberculosis.)** *Buffalo Medical Journal. September 1901.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.



99) **W. N. Robertson** (Brisbane, Queensland). **Ueber einige Formen von Husten extrathoracalen Ursprungs. (Some coughs produced outside the chest.)** *Australasian Medical Gazette. 20. August 1901.*

Verf. berichtet über derartige 10 Fälle. In einem Fall handelt es sich um ein im Meatus auditorius externus eingebettetes kleines Knochenstück. Ein anderer Fall genas nach dem Erbrechen einer „handvoll" Würmer. Vier Fälle waren verursacht durch nasale Obstruction. Durch Berührung der hinteren Muschel kann häufig Husten erzeugt werden. In einem Fall bestand seit 8 Monaten heftiger Husten und Gewichtsabnahme; nach Entfernung eines gestielten Tumors vom freien Rand der Epiglottis trat völlige Heilung ein. Ein anderer Fall war auf Hysterie zurückzuführen und genas durch Insufflationen von Morphium in den Larynx. Ein weiterer Fall war verursacht durch zwei weisse Stränge an den beiden Seiten des Pharynx, bei deren Berührung der sehr charakteristische Husten auftrat. Nach galvalnokaustischer Behandlung verschwand derselbe. A. T. BRADY.

100) **Young. Ein bisher nicht beschriebenes (?) Symptom des Keuchhustens. (An undescribed (?) symptom of the whooping cough.)** *Lancet. 24. December 1901.*

Verf. inficirte sich selbst sowie seine eigenen Kinder. Die Anfälle waren schwer und von einer Art von Deglutitionsspasmen begleitet, so dass die Kranken während 1 oder 2 Minuten so schnell als möglich Speichel hinabschlucken mussten.

A. BRONNER.

101) **G. Spiess. Neuer Gesichtspunkt bei der Behandlung des Keuchhustens. (A new point of view in the treatment of whooping cough.)** *N. Y. Medical Record. 11. Mai 1901.*

Die Larynxspasmen rühren von einer Reizung der peripheren sensiblen Nervenendigungen im Larynx her und können deshalb nach Ansicht des Verf.'s erfolgreich bekämpft werden durch mehr weniger continuirliche An- oder Hypästhesirung der Larynxschleimhaut, z. B. durch Orthoforminsufflationen.

LEFFERTS.

102) **Naegeli. Cochenille bei der Behandlung des Keuchhustens. (Cochineal in the treatment of whooping cough.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Mai 1901.*

Verf. rühmt die Wirkung der Cochenille beim Keuchhusten und ordinirt folgendermaassen;

Rp. Cochenille pulv. 0,045—0,18
Ammon. carb. 0,9—1,8
Sir. cort. aurant. 60,0
Aq. dest. 300,0
MDS. 2stündl. 1 Theelöffel.

LEFFERTS.

103) **Zangger** (Zürich). **Beitrag zur Therapie des Keuchhustens.** *Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. H. 12. 1901.*

Verf. hebt als eine Hauptschwierigkeit dieses Heilgegenstandes hervor, dass die Krankheit keine Spitalkrankheit sei und deshalb keine genau controlirbaren

Behandlungsergebnisse zusammenzubringen sein. Es müssten sich Aerzte zusammenthun und ausschliesslich nach einer Methode behandeln. Das hauptsächliche innere Mittel sei das Chinin. Von Chinin. muriaticum sei dem Kinde so viele Decigramme zweimal täglich beizubringen, als es Jahre zählt. Fast ebenbürtig sei das Euchinin zu 0,1—5,3 2--3mal täglich. Auch die Hydrotherapie in Form von nächtlichen Wickeln erweist sich als nützlich, allein oder namentlich in Verbindung mit der Chininkur.

JONQUIÈRE.

104) **Hürlimann** (Unter-Aegeri). **Beitrag zur Therapie des Keuchhustens.** *Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. H. 14. 1901.*

Bezugnehmend auf die Arbeit Zanggers (s. d.), welcher die medicamentlose Behandlung vertritt, hebt Verf. warm die hygienische Methode ohne jegliche Medicamente hervor, namentlich auch den wiederholten Zimmer- und Bettzeugwechsel und mehrmalige Desinfection der Zimmer mit Formaldehyd. Er schätzt die Incubationszeit auf 5—14 Tage und hält auch Kinder vor dem Ausbruch des Hustens für ansteckend. Hürlimann wie Zangger sind nicht für das Wegschicken keuchhustender Kinder.

JONQUIÈRE.

105) **Walter Lattery. Behandlung des Keuchhustens durch Nasenspülungen. (The treatment of whooping cough by irrigation of the nares.)** *N. Y. Medical Record. 3. August 1901.*

Verf. empfiehlt bei Kindern, die an Keuchhusten leiden, beiderseitige Spülung der Nasenhöhlen, erst mit warmem Wasser und dann mit einer antiseptischen Lösung.

LEFFERTS.

106) **Nanwelaers. Serumbehandlung gegen Keuchhusten. (Sérothérapie anticoquelucheuse.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 47. 1901.*

Injection von Dr. Leuriaux'schem Serum bei einem neunmonatlichen Kinde, bei welchem man im Pharynx als für Keuchhusten specifisch geltende Bacillen nachgewiesen hatte. Schon Tags darauf Abnahme der Hustenanfälle und Rückgang der Temperatursteigerung. — Eine zweite Injection nach 6 Tagen brachte die sich von Neuem etwas steigernden Hustenanfälle zum definitiven Verschwinden.

BAYER

107) **J. W. Gleitsman Laryngeale Lähmungen und ihre Bedeutung in der Medicin. (Laryngeal paralyses and their importance in general medicine.)** *N. Y. Medical Record. 21. December 1901.*

Verf. stellt unsere gegenwärtigen Kenntnisse über die Innervation des Larynx und ihre Centren zusammen. Den Typus der corticalen Lähmungen sieht er in der hysterischen Aphonie, bei welcher die willkürlichen Muskeln (Adductoren und gleichsinnigen Muskeln) beim Phonationsversuch nicht functioniren, aber in vielen Fällen noch reflectorisch wirken. Gewisse sexuelle Ursachen, psychische Einflüsse, directes Trauma, Reflexwirkungen bei adenoiden Wucherungen oder Nasenpolypen können ebenfalls zur Lähmung der seitlichen Adductoren führen. In all' diesen Fällen handelt es sich um doppelseitige Lähmungen. Corticale Lähmungen können weiter verursacht werden durch Tumoren, Syphilis, Tuberculose, Er-

weichungen u. s. w. Lähmungen des Vagus, Recurrens, Posticus gestalten sich verschieden, je nach dem Sitz der lädirenden Ursache. Organische Ursachen können am Bulbus, dem Rückenmark und den peripheren Nerven angreifen. In ersterem Falle handelt es sich um Erweichungen, Hämorrhagien, Syphilis, Tumoren, Diphtherie, Bulbärparalyse, amyotrophische Lateralsklerose, Syringomyelie und Tabes. Peripherische Ursachen sind Tumoren am Halse, Aneurysmen, Mediastinaltumoren, vergrösserte peribronchiale Lymphdrüsen, Perikarditis, Pleuritis adhaesiva, Trauma, Infectionskrankheiten, toxische Einflüsse (Blei) oder Rheumatismus.

Practisch bedeutsam ist die Erfahrung, dass alle subjectiven Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes bei einseitiger Abductorlähmung fehlen. Daher ist in allen derartigen Fällen die Untersuchung des Larynx ebenso wichtig wie die des Urins.

LEFFERTS.

108) **Fr. Rueda** (Madrid). **Behandlung der hysterischen Aphonie. (Tratamiento de la afonia historica.)** *Revista de Medic. y Cirug. Praticas No. 14 de Julio 1900.*

Genannte Arbeit ist eine Ergänzung eines Artikels des Verf.'s über dasselbe Thema, veröffentlicht im Jahre 1894 in dem Bolletino delle Malattie dell' orecchio, della gola e del naso. Verf. meint, dass wir uns hinsichtlich der Behandlung der hysterischen Aphonie einer Versuchsprüfung hingeben, bis wir schliesslich das Mittel finden, das uns einen Erfolg verschafft. Die Behandlung besteht manchmal in dem einfachen Anziehen der Zunge oder in der Anwendung des Kehlkopfsspiegels, andererseits in der hypnotischen Suggestion, und in der Mehrzahl der Fälle in der Elektricität und der extralaryngealen Massage mit einer intralaryngealen Pinselung mit einer Höllensteinlösung. — Im Anschluss daran erwähnt Verf. einige Fälle von hysterischer Aphonie, unter anderen den eines zehnjährigen Mädchens, bei dem all' die genannten Mittel keinen Erfolg hatten, bis schliesslich eine methodische Regulirung der Athmungsbewegungen mit allmählicher Ausstossung der Vocale, Töne, Silben und endlich Aussprechen voller Worte die Heilung brachte.

R. BOTEY.

109) **Dorendorf** (Berlin). **Beitrag zur Laryngeus superior-Lähmung.** (Aus der II. med. Klinik.) *Berl. klin. Wochenschr. 1901. 11.*

Es handelt sich um zwei Kranke mit einseitiger Lähmung des Laryngeus sup., wodurch functionell rauhe Stimme, Ermüdung und die Unmöglichkeit, hohe Tone zu produciren, bewirkt wird. Laryngoskopischer Befund: Das Stimmband der erkrankten Seite steht hinten etwas höher als das gesunde. Der Aryknorpel nach aussen gedreht und etwas nach hinten gerückt, was sich durch Zug der Antagonisten erklärt; bei Phonation kreuzt er den anderen.

Die Sensibilitätsprüfung ergab Fehlen des Berührungsgefühls auf der betreffenden Epiglottishälfte und der Larynxhälfte bis herab zu den Stimmbändern. Auch der hintere Theil des weichen Gaumens und des Sinus piriformis waren unempfindlich.

SALOMON (ZARNIKO).

110) **Fein. Ueber Stimmbandlähmung.** (Wissenschaftl. Verein der k. k. Militärärzte der Garnison Wien. Sitzung vom 9. März 1901.) *Wien. klin. Wochenschrift. No. 30. 1901.*

Besprechung eines Falles von linksseitiger Recurrenslähmung, wobei das linke Stimmband bei Beginn der Beobachtung durch 9 Monate in der sogenannten Cadaverstellung fixirt war, während es seither durch 7 Monate unbeweglich in der Mittellinie steht. — Erklärung nach den Semon'schen Sätzen. — CHIARI.

111) **J. W. Gleitsman. Recurrenslähmung mit completer Aphonie und Uebergang in Abductorenlähmung und Wiederkehr der Singstimme. (Recurrent paralysis with complete aphonia passing into abductor paralysis with returning singing voice.)** *Laryngoscope. October 1901.*

Es handelt sich um einen 45jährigen luetischen Kranken. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass sich neben einer Aorta- und Bronchialerkrankung ein weicher gummöser Process im Mediastinum abspielte, bei dessen Resorption der Nerv seine normale Function theilweise zurückgewann. EMIL MAYER.

112) **Parmentier. Recurrenslähmung bei einem Hereditär-Syphilitischen. Allgemeine Betrachtungen über die Kehlkopflähmungen. (Paralysie recurrentielle chez un hérédo-syphilitique; Considérations générales sur les Laryngoplegies.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 12. 1901.*

Vierjähriges Kind mit Dyspnoe, welche sich progressiv seit einigen Wochen bis zu Erstickungsanfällen ausgebildet hat, ferner bellendem Husten etc.

P. fand bei der laryngoskopischen Untersuchung eine kaninchenohrförmig umgebogene Epiglottis, normal aussehende Stimmbänder, jedoch unbeweglich in der Adductionsstellung während des Respirationsactes verharrend. Da der Zustand seit einigen Wochen besteht, so schreibt P. die Adductionsstellung der secundären Contractur der Adductoren nach vorausgegangener Lähmung der Glottiserweiterer zu, welche letztere das Resultat der Compression der Recurrentes im Mediastinum durch angeschwollene Lymphdrüsen sei. Eine eingeleitete Inunctionscur brachte rasche Heilung.

P. benutzt die Gelegenheit, um eine Besprechung der Kehlkopflähmungen im Allgemeinen daran anzuknüpfen. BAYER.

113) **J. K. Hamilton** (Adelaide, S.-Australia). **Doppelseitige Abductorenparalyse bei einem Syphilitiker. (Bilateral abductor paralysis in a syphilitic subject.)** *Australasian Medical Gazette. 21. October 1901.*

51jähriger Mann, vor 20 Jahren Lues acquirirt. Es bestand eine Ulceration am weichen Gaumen und beträchtliche inspiratorische Dyspnoe. Exspiration und Phonation ziemlich normal. In Folge zunehmender Dyspnoe Tracheotomie. Keine Anzeichen centraler Erkrankung. Wahrscheinlich bestand ein Gumma in den erweiternden Muskeln oder in den sie versorgenden Nerven. Die Lähmung besserte sich unter syphilitischer Behandlung nicht. A. T. BRADY.

114) **Lannois** (Lyon). **Hemiplegia alternans mit Betheiligung des VI. Hirnnervenpaares und Stimmbandlähmung. (Hémiplegie alterne avec participation de la 6° paire et paralysie ultérieure de la corde vocale.)** *Société de médecine de Lyon. 10. December 1900.*

Es handelt sich um einen 60jährigen Luetiker, der vor 25 Jahren in einem Zeitraum von 3 Monaten erst eine rechtsseitige Facialislähmung von peripherem Typus, dann eine linksseitige Hemiplegie erlitten hatte, und damit gleichzeitig eine Lähmung des rechtsseitigen Rectus externus. Vor 3 Monaten trat plötzlich intensive Dyspnoe auf, Parese des linken Stimmbandes sowie Paralyse des rechten.

Vielleicht handelt es sich um plötzliche Ausdehnung des Herdes auf den Vaguskern.

PAUL RAUGÉ.

115) **J. E. Rhodes. Interessante Lähmungserscheinungen bei einem irregulären Fall von Tabes. (Interesting paralyses in a case of locomotor ataxia of an irregular form.)** *Journal American Medical Association. 22. Juni 1901.*

Es bestand in diesem Fall Ptosis des rechten Augenlides, Divergenz des rechten Auges, Lähmung der linken Gaumenhälfte und Abductorlähmung des rechten Stimmbandes.

EMIL MAYER.

116) **E. Sauer, Ein Fall von Lähmung des Recurrens laryngis durch Aortenaneurysma. (Case of recurrent laryngeal paralysis due to aortic aneurysm.)** *St. Louis Courier of Medicine. December 1901.*

Mittheilung eines Falles bei einem 42jährigen Mann.

EMIL MAYER.

117) **L. H. Hempleman. Fall von laryngealer Recurrenslähmung durch Aortenaneurysma. (Case of recurrent laryngeal paralysis due to aortic aneurysm.)** *St. Louis Courier of Medicine. December 1901.*

Mittheilung eines derartiges Falles bei einem 45jährigen Manne.

EMIL MAYER.

118) **Sinclair Gillies** (Sidney). **Zwei Fälle von Kehlkopflähmung bei Mitralstenose. (Two cases of laryngeal paralysis accompanging mitral stenosis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1901.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine gut entwickelte 30jährige Frau, die im Alter von 11 Jahren an Gelenkrheumatismus gelitten hatte. Vor 6 Monaten stellte sich bei ihr ein Druckgefühl im Halse ein und Stimmverlust. Es liess sich Paralyse des Abductors des linken Stimmbands feststellen und wohlausgeprägte Symptome von Mitralstenose, kein Aneurysma, keine Syphilis. Die Lähmung trotzte jeglicher Behandlung.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Mann mit ausgesprochener Mitralstenose. Das linke Stimmband war complet gelähmt und stand in Cadaverstellung. Tod im Krankenhaus. Bei der Obduction fand sich eine Mitralstenose. Der dilalirte linke Ast der Pulmonalarterie comprimirte den linken Recurrens.

A. T. BRADY.



119) **H. Mygind** (Kopenhagen). **Die beiderseitige totale Recurrensparalyse. (Den dobbeltsichtige totale Recurrensparalyse.)** *Hospitals-Tidende. 5. Marts 1902.*

Verf. theilt folgenden Fall mit: 40jähriger, verheiratheter Mann wurde am 18. April 1901 im Communespital eingeliefert und starb daselbst am 28. Mai 1901. Hat seit October an mehreren kleinen Hämoptysen gelitten, war aber in ganz gutem Ernährungszustand. Hinter der rechten Clavicula ein hühnereigrosser Tumor. Die Stimme sehr heiser. Im Auswurf Tuberkelbacillen. Dämpfung über beiden Lungenapices. Am 23. April Schlingbeschwerden; er wurde an demselben und den folgenden Tagen von M. untersucht. Dieser fand die Stimme aphonisch; sowohl In- als Exspiration ohne Stridor. Die Stimmritze bildet sowohl bei tiefer Inspiration als bei Phonationsversuchen eine grosse offene Spalte (ca. 6 mm). Rechte Stimmlippe ist in Cadaverstellung fixirt, während die linke kaum 1 mm unter Intonationsversuchen adducirt wird. Keine Anästhesie der Schleimhaut. Ferner wird eine Strictura oesophagi constatirt. Der Patient magerte schnell ab, wurde während der letzten 14 Tage vor dem Tode (am 28. Mai 1901) nicht laryngoskopirt. Bei der Obduction fand man, dass der breiteste Theil der Rima glottidis 3 mm maass. Oesophagus und die peritrachealen und perioesophagealen Drüsen waren carcinomatös infiltrirt. N. laryng. inf. dext. sowohl als alle Markscheiden waren fettig degenerirt, ebenso verschiedene Muskeläste. N. laryngis infer. sinister zeigt ähnliche Verhältnisse. M. cricothyreoideus dext. und sin. zeigen nur wenig Degeneration. Beide Nn. laryngei sup. sind nur wenig degenerirt.

Die Section zeigte ferner, dass die Recurrensparalyse nicht von dem Oesophagusleiden direct, sondern von den secundär inficirten, peritrachealen Drüsen herrührte.

M. betonte, dass bei der mikroskopischen Untersuchung (von Dr. Scheel vorgenommen) eine obwohl nur wenig ausgesprochene Degeneration sowohl der Nn. laryngei sup. wie der Mm. cricothyreoidei vorgefunden wurde.

E. SCHMIEGELOW.

f. Schilddrüse.

120) **A. Civalleri. Nervenendigungen in der Schilddrüse. (Terminazioni nervose nella ghiando la tiroide.)** *Giorn. d. R. Accad. di Torino. Anno 64. No. 7. p. 523—528.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

121) **R. Scalia. Histologische Modificationen der Schilddrüse nach Oophorectomien. (Modificazioni istologiche della tiroide dopo l'estirpatione dell'oveia.)** *Giorn. d. Associaz. Napoletana di Med. e Nat. Anno 11. Punt 4. p. 280—286.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

122) **Oliphant Nicholson. Eclampsie und Schilddrüse. (Eclampsia and the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juli 1901.*

Verf. ist der Ansicht, dass zwischen der puerperalen Eklampsie und der



Schilddrüse möglicherweise Beziehungen bestehen. Er berichtet von einem Fall, der erfolgreich mit Schilddrüsenextract behandelt wurde, und construirt sich eine Theorie darüber.

LEFFERTS.

123) **Godlee. Acute Eiterung der Schilddrüse bei Typhus. (Acute suppuration of the thyroid gland, complicating typhoid fever.)** *Trans. Clinical Society of London. 1901. Brit. Medical Journal. 1. Juni 1901.*

Bei einer 20jährigen Frau trat in der 3. Typhuswoche eine Schwellung der Schilddrüse bei gleichzeitigem Ausschlag über den ganzen Körper, Temperatur- und Pulssteigerung sowie Schluckbeschwerden auf. Die Tumormasse blieb beim Schlucken unbeweglich. Eine Incision in der Mittellinie entleerte reichlich Eiter und führte zur Heilung.

Verf. theilt die Schilddrüsenentzündungen ein in idiopathische, epidemische und septische; zu letzteren gehört der mitgetheilte Fall.

28 Fälle wurden bisher berichtet, von welchen 15 in Eiterung übergingen; Typhus ist eine häufige Ursache. Rheumatismus kann ebenfalls ätiologisch eine Rolle spielen, jedoch kommt es dabei nie zur Eiterung.

In der Discussion berichtet Symonds einen Fall von Entzündung der Schilddrüse hinter dem Sternum, der nach Operation zur Heilung kam, und Sir Thomas Barlow von einem Fall, in welchem ein bereits bestehender Kropf bei Typhus enorm anschwoll, so dass Tracheotomie erforderlich wurde. Die Obduction ergab Entzündung einer Cyste. In manchen Fällen waren weniger Entzündungen als Hämorrhagien in der Schilddrüse. So bei einem Kind mit Erythema nodosum, das Barlow gesehen hat.

E. WAGGETT.

124) **G. J. Cott. Totalexstirpation der Schilddrüse. (Total extirpation of the thyroid gland.)** *Journal American Medical Association. 20. Juli 1901.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

125) **Ricard** (Paris). **Ueber eine seltene Geschwulst der Schilddrüse. (Sur une tumeur rare du corps thyroïde.)** *Société de Chirurgie. 19. Juni 1901.*

Der Kranke litt an einem sogenannten „Goître osseux“, der in Wirklichkeit ein diffuses Fibrom der Schilddrüse darstellte.

Der Kranke wurde durch Operation geheilt.

PAUL RAUGÉ.

126) **Notiz des Herausgebers. Chirurgische Behandlung des Kropfes. (Surgical treatment of goitre.)** *Philadelphia Medical Journal. 27. Juli 1901.*

Besprechung und Vergleichung der Methoden von Shields, Kocher und Kraske.

EMIL MAYER.

127) **L. Thévenot** (Lyon). **Ueber Dysphagie nach Kropfoperationen. (De la dysphagie après les opérations pour goîtres.)** *Bulletin médical. 11. Juli 1901.*

Dieses ziemlich häufige Phänomen stellt sich bald nach der Operation ein.

Es ist vermuthlich durch Läsion von intrathyreoidealen Nerven, die mit dem Plexus sympathicus der Regio pharyngo-oesophagealis in Verbindung stehen, hervorgerufen.

Gewöhnlich verschwindet das Symptom von selbst nach einigen Tagen.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

128) **F. Espezel. Beitrag zum Studium der Innervation des Oesophagus. (Contribution à l'étude de l'innervation de l'oesophagus.)** *Journ. de Physiologie. III. 4. S. 455.*

Der motorische Nerv für den Oesophagus des Mundes, der N. pharyngeus inf. entspringt aus dem oberen Cervicalganglion des Sympathicus, entsprechend dem Gesetz, dass die gesammte Innervation der glatten Musculatur vom Sympathicus stammt. Bei Reizung des N. pharyngeus inf. contrahirt sich die Längs- und Quermusculatur zu gleicher Zeit. Da Verf. bei Reizung des N. glossopharyngeus bei Hund und Kaninchen eine Hemmung der Wirkung des N. pharyng. inf. nicht erzielen konnte, bezweifelt er, dass ein Hemmungsnerv des Oesophagus existirt.

J. KATZENSTEIN.

129) **H. Strauss** (Berlin). **Ueber die sogen. idiopathische Dilatation des Oesophagus; (sackförmige Erweiterung des Oesophagus ohne anatomische Stenose.)** *Philadelphia Medical Journal. 25. Januar 1902.*

Verf. stellt die anatomischen Verhältnisse an der Hand von 5 Fällen dar und entwickelt auf Grund davon eine Erklärung dieser Anomalien, bezüglich welcher auf die Originalarbeit hingewiesen sei.

EMIL MAYER.

130) **Schilling** (Nürnberg). **Ueber Tuberkulose in Tractionsdivertikeln der Speiseröhre.** *Mittheil. aus d allg. städt. Krankenhause zu Nürnberg. 1902.*

Im ersten Falle, 46jähriger Mann, der an fortgeschrittener Tuberculose der Lungen und des Darmkanales gestorben war, ergab sich als zufälliger Sectionsbefund ein tuberculöses Geschwür an der Mündung eines Tractionsdivertikels. Im Hinblick darauf, dass sich die ausgedehntesten Tuberkelgruppen besonders im oberen Randgebiet des Divertikels fanden, vermuthet Sch., dass die Infection desselben von der Schleimhautoberfläche stattgefunden hat.

Bei dem zweiten Falle, 41jähriger, an fortgeschrittener Lungentuberculose verstorbener Mann, wurde bei der Section als Nebenbefund im Oesophagus ein ungewöhnlich grosses und allem Anschein nach gleichfalls aus einem Divertikel hervorgegangenes tuberculöses Ulcus constatirt. Die Entstehungsweise erschien in diesem Falle bei den fortgeschrittenen Veränderungen weniger evident.

SEIFERT.

131) **C. Peacock. Sechsmonatliche Einklemmung einer Münze im Oesophagus und erfolgreiche Extraction mit dem Probang. (Six months impaction of a coin in the oesophagus, successful removal by probang.)** *Lancet.* 1. *Februar 1902.*

Es handelt sich um einen 6jährigen Knaben, der über einen starken Husten und Regurgitation der Nahrung klagte und Temperatursteigerungen hatte. Sechs Monate vorher hatte er einen Halfpenny verschluckt; 3 Monate lang klagte er

dann über Schmerzen im Halse nach der Nahrungsaufnahme und gab an, die Münze fühlen zu können. Dann vergingen $5^1/_2$ symptomlose Monate. Darnach stellte sich Husten, Dyphagie, Dyspnoe und Regurgitation der Nahrung ein. Im Röntgenbilde sah man die Münze in der Höhe der 3. Rippe. Es wurde nun in Narcose vergeblich mit dem Münzenfänger die Extraction versucht, die erst mit dem Probang gelang. Damit trat völlige Heilung ein.

A. BRONNER.

132) Y. A. Peters. **Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in Esophagus.)** *Dominion (Canada) Medical Monthly. Februar 1902.*

Es handelte sich um ein verschlucktes falsches Gebiss. Operation von aussen her. Heilung.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Genkin. Zur Frage von der Einwirkung der Galvanocaustik des Höllensteins, der Trichloressigsäure auf die Nasenschleimhaut. (K woprosu o deistwii galvanoc. lapis. trichlor.-chrom. pisloti na slis. obol nosa.)** Moskou 1902.

Eine werthvolle Bereicherung unserer im Allgemeinen an experimentellen Arbeiten armen Literatur, besonders was die Nase anbelangt. Der Autor hat mit grossem Fleiss und vielem Sachverständniss die beregte Frage nach verschiedenen Seiten hin beleuchtet und, wie dem Ref. scheint, experimentell bewiesen, was die besten Vertreter unserer Disciplin vielfach klinisch als Grundsatz angenommen hatten. Jeder gewissenhafte Beobachter kann noch gegenwärtig, ohne selbst sich mit der Galvanokaustik zu beschäftigen, d. h. ohne ein Vertheidiger dieser Behandlungsweise zu sein, genügend Beobachtungen anstellen, um die Uebertreibungen hierin wahrzunehmen und zu bedauern. Es sorgen dafür die Anhänger dieser Methode. Man muss dem Verf. vollkommen Recht geben, wenn er behauptet, dass die klinischen Erfahrungen durch zwei Umstände getrübt werden, durch den starken Subjectivismus und zweitens durch die Ungenauigkeit des Begriffes „hypertrophische Rhinitis".

Verf. hat sich zur Aufgabe gemacht, „das Schicksal aller Elemente der Schleimhaut vom Moment der Aetzung bis zur vollen Herstellung zu verfolgen" und zwar auf folgende Fragen zu antworten: Werden die Drüsen durch eine Cauterisation vernichtet, und falls ja, sind sie noch restitutionsfähig? Geht nicht eine Metaplasie der Schleimhautdecke vor sich? Wie macht sich die Cauterisation in Bezug auf die Vascularisation bemerkbar? — Dabei wurden zum Vergleich die Wirkungen der Neutralsalze hinzugezogen, um eben die reine chemische Wirkung von der physikalischen zu unterscheiden. Die Arbeit zerfällt in vier Theile: 1. Literatur, 2. die directe Wirkung der angewandten Mittel, 3. histologische Befunde und 4. epikritische Folgerungen.

Wie aus der Literatur hervorgeht, ist die Frage nach vom Autor verlangten Richtungen noch nicht beleuchtet worden.

Was die eigenen Untersuchungen anlangt, so sind sie ausgeführt an Menschen und an Hunden.

Die menschliche Schleimhaut wurde zunächst cauterisirt und hernach exstirpirt. Viele phototypische Abbildungen illustriren den Text.

Leider ist es nicht möglich, in einem Referat auf alle höchst interessanten Details einzugehen. Ich erlaube mir nur einige von seinen Folgerungen anzuführen: Die entzündlichen Erscheinungen sind am ausgesprochensten nach Chromsäureätzungen, am schwächsten nach Höllenstein; die galvanokaustischen gleichen je nach dem Hitzegrade entweder der Chromsäure oder dem Höllenstein.

In Bezug auf das Zerfliessen und das Indietiefegreifen steht die Chromsäure gleichfalls an der ersten Stelle.

Die Tiefenwirkung tritt in Form eines Trapezes auf, wo die breite Seite der Tiefe zugekehrt ist.

Galvanocaustik verhält sich auch hierin, je nachdem Roth- oder Weissglut angewandt wird, verschieden.

Das Epithel geht zu Grunde nach der Galvanocaustik in einer Breite von ungefähr $3^1/_2$—4 mm, woraus der Autor folgert, dass die Empfehlungen, in Centimeterabständen zu brennen, wenn schon gebrannt werden soll, durchaus zu verwerfen ist.

Fettige Degeneration der Drüsen wird nur nach Galvanocaustik beobachtet.

Nach Chromsäure bilden sich in den Gefässen Thromben.

Tiefe Gewebsveränderungen kann man mit allen Aetzmitteln hervorrufen, wenn das Mittel vor der vollen Heilung applicirt wird.

Der Höllenstein giebt ganz oberflächliche Aetzwirkungen. Auch die Trichloressigsäure dringt durch $^1/_3$ der Schleimhaut.

Zum Narbengewebe kommt es nach chemischen Aetzmitteln nur bei wiederholter Anwendung oder sehr tiefer Zerstörung besonders durch Chromsäure. Nach Galvanocaustik kann in einzelnen Fällen die Regeneration der Schleimhaut aus unbekannten Gründen auf unbestimmte Zeit hinausgezogen werden.

Die chemischen Aetzmittel werden nur bei bestimmten Concentrationsgraden, die für jedes der Mittel verschieden sind, in die Zellen aufgesogen.

Die Flimmerepitelien sind sehr empfindlich gegen die Concentrationsgrade der Neutralsalze. Die gewöhnlich gebräuchlichen Concentrationsgrade können nicht als indifferent für das Flimmerepithel bezeichnet werden.

Als solche können folgende Lösungen gelten:

NaCl	0,90	auf 100
Na_2CO_2	1,09	
Na_2SO_4	2,18	
M. SO_4	1,84	

P. Hellat.

b) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

VIII. Sitzung vom 24. November 1901.

I. Schmidt (Duisburg): Die Nothwendigkeit der sofortigen Ueberweisung von Ohrenunfallkranken durch die Berufsgenossenschaft an den Ohrenarzt.

II. Hopmann (Köln): a) Vorstellung einer Kranken mit ausgeprägter Hyperplasie der Tubenmandel. Die Tonsilla tubaria (Waldeyer), deren Entzündung M. Schmidt und Heryng als Pharyngitis lateralis und Jurasz als Ph. retroarcualis bezeichnen, besteht nach den Untersuchungen von Cordes aus echtem Mandelgewebe; auch das von H. demonstrirte Präparat zeigt diese Beschaffenheit, ist aber nicht wie das Cordes'sche wahrscheinlich aus dem oralen Theile der Mandel stammende Präparat mit Plattenepithel, sondern den Schleimhautgeschwülsten des Nasenrachenraums entsprechend mit Cylinderepithel bedeckt.

Die vorgestellte, 41 Jahre alte Patientin consultirte H. wegen Schwerhörigkeit und Ohrensausen; an den Trommelfellen ausser Einziehung keine nennenswerthen Veränderungen. Die Anwendung des Katheter war sehr schwer wegen der Enge des Tubenostiums, brachte aber entschiedene Besserung. Im Rachenraum wurden beiderseits röthliche Wulste von der Dicke eines Kinderfingers, die in die Tubenwülste übergingen, festgestellt. Linkerseits wurde der Wulst exstirpirt, worauf andauernde Hörbesserung des linken Ohres eintrat.

H. schlägt für die Hyperplasie der Tubenmandel die Bezeichnung: „Tonsillitis tubaria“ analog der Tonsillitis lingualis, palatina etc. vor.

b) Ein Fall von complicirter Gesichtshöhleneiterung. Es handelt sich um ein chronisches Empyem der Highmorshöhle, das von H. durch breite Aufmeisslung von der Fossa canina aus und Herstellung einer breiten Verbindung mit der Nasenhöhle (Wegnahme des untersten Theiles der lateralen Nasenwand) behandelt wurde. Nachbehandlung mit Jodoformmull, Ausspülen und Einstäuben von Europhen-Aristol (5 : 4). Heilung nach ca. 6 Wochen.

Interessant ist der Fall dadurch, dass der 58jährige Patient an ausgesprochenem Diabetes litt; die Ausscheidungen von Zucker, die bis zu 154 g pro die betrugen, sind nach 12 Wochen bis auf 17 g zurückgegangen (antidiabetische Diät) und stiegen nach Aussetzen der Diät wieder auf 49 g.

Das Allgemeinbefinden war nach der Operation im Gegensatz zu der vorher bestehenden Gemüthsdepression dauernd gut, was zweifellos nicht nur der Diät, sondern hauptsächlich der Beseitigung der Eiterung zuzuschreiben ist.

Obiger Fall liefert einen werthvollen Beitrag zur Frage: darf man bei Diabetes operiren? für deren Bejahung H. entschieden eintritt.

III. Prof. Guye (Amsterdam): Ueber Ausräumung der Keilbeinhöhle bei recidivirenden Nasenpolypen. Im Anschluss an mehrere auf der Hamburger Naturforscher-Versammlung berichtete Fälle kann Guye eine neuerdings von ihm ausgeführte Operation berichten. Es wurde auch in diesem Falle wegen recidivirender Nasenpolypen die Keilbeinhöhle eröffnet und dabei ein theil-

weise in der Höhle steckender Polyp entfernt, den H. demonstrirte. Das Offenhalten der Höhle wurde durch einen „Tampon captif“ (Wattetampon mit daran befestigtem Faden, mittelst dessen der Patient den Faden entfernen kann) bewerkstelligt.

Discussion:

Hopmann demonstrirt Instrumente für die Keilbeinhöhle (abgeänderte Schäffer'sche Löffelsonden, scharfe Löffel mit festem Handgriff etc.) und macht auf eine einfache Methode zur Auffindung des Ostium der Keilbeinhöhle aufmerksam.

IV. Kronenberg (Solingen): Demonstration: a) Präparat eines Falles von rechtsseitiger Recurrenslähmung. Tod durch Verblutung in Folge Perforation eines apfelgrossen Aneurysma des Aortenbogens in den Oesophagus. Bemerkenswerth ist, dass die Recurrenslähmung nicht durch das Aneurysma, sondern in Folge von Compression durch kleine harte Lymphdrüsenknoten entstanden war.

II. Fall von Posticuslähmung. Bei dem 4jährigen Patienten war vor 3 Jahren durch einen Fall linksseitige Gesichtslähmung und Schwäche im linken Bein aufgetreten, die aber zurückgingen. Seit einigen Wochen Athemnoth, lauter Stridor, rauhe Stimme. Die linke Pupille ist verengt, das linke obere Augenlid hängend. Das linke Stimmband steht in der Mittellinie fest, das rechte ganz nahe derselben; bei der Inspiration Glottisspalt von 1—2 mm; das hintere Dreieck bleibt meist offen; Phonation normal. Am Halse links zahlreiche Lymphdrüsen, Kopf etwas nach rechts gedreht, links neben der Wirbelsäule Dämpfung.

Diagnose: Doppelseitige Posticuslähmung, linksseitige Lähmung des Halssympathicus. K. nimmt als wahrscheinliche Ursache einen beide Recurrentes und den linken Halssympathicus treffenden Tumor an. Einige Wochen nach der Vorstellung starb der Patient an Pneumonie; die Sprache war vorher undeutlicher geworden.

Bei der Section zeigte sich die Sympathicuslähmung durch Drüsenpackete verursacht, die neben einer leichten Kyphose auch Veranlassung der Dämpfung waren.

Im Mediastinum kein Tumor. Am hinteren Theil der Schädelbasis Knochen, Dura und Gehirn verwachsen; die schwartigen Verwachsungen gehen nach vorn (links etwas weiter) bis zur Austrittsstelle des Facialis. Die Nn. accessorii, hypoglossi, glossopharyngei (links auch facialis und acusticus) treten durch die Schwarten hindurch. Vermuthliche Ursache das vor 3 Jahren erlittene Trauma (Basisfractur mit nachfolgender Bindegewebswucherung).

V. Moses (Cöln): Vorstellung eines Falles von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch.

VI. Schmithuisen (Aachen): a) Seltene Fremdkörper in der Nase. Der wie ein nekrotisches Gewebsstück aussehende, die rechte Choane ausfüllende Fremdkörper wurde mit dem Lange'schen Haken entfernt; die bei der Untersuchung gefundenen Pilzfäden, Sporen und Sporangien lassen darauf schliessen, dass es sich um Aspergillus fumigatus handelt; die Ursache ist vielleicht darin zu suchen, dass beim Erbrechen Speisetheile in die hintere Nase gekommen sind.



b) Zwei weitere Fälle von Nasenrachenfibromen. Im ersten Falle handelte es sich um einen 12jährigen Knaben, der mit 5 Jahren wegen adenoider Vegetationen operirt war. Der Patient war schon wegen chronischen Schnupfens und zunehmender Nasenverstopfung, die schliesslich zu Gesichtsschmerzen, Aufregungszuständen und Schlaflosigkeit führten, von einer Reihe von Specialisten behandelt, ohne dass eine Beseitigung der Geschwulst erzielt wurde. S. stellte einen von der rechten Hälfte der vorderen Schädelbasis ausgehenden Tumor mit Fortsatz im Rachen fest. Die Hauptmasse der Geschwulst wurde vom Rachen aus mit der Voltolini'schen Schlinge gefasst, zunächst 20 Minuten elektrolytisch behandelt und dann mit Galvanocaustik langsam durchgebrannt. Der Stiel wurde in späteren Sitzungen von der Nase aus theils mit Elektrolyse, theils mit Galvanocaustik und Chromsäure behandelt.

Beim zweiten Patienten, einem Collegen, war bereits von einem anderen Specialarzt der Versuch gemacht, die Geschwulst im Rachen mit einer gebogenen Zange zu beseitigen, war aber wegen heftiger Blutung aufgegeben worden. Es handelt sich um einen grossen den oberen Rachen ausfüllenden Tumor mit breiter Ansatzfläche an der Schädelbasis. Da eine elektrolytische Behandlung von der Nase aus wegen Septumdeviationen unmöglich war und ein Herumlegen der Schlinge wegen Furcht vor Blutung abgelehnt wurde, musste sich S. auf Anwendung elektrolytischer Nadeln vom Rachen aus beschränken. S. hat sich für diesen Fall ein neues Instrument (Zusammenstellung einer grösseren Anzahl von Nadeln auf einer Ringplatte) construirt und hofft damit eine raschere Zerstörung des Tumors zu ermöglichen.

c) Die Elektrolyse im animalischen Gewebe. Nach einer gründlichen Darlegung der chemischen und physikalischen Wirkung der Elektrolyse, die S. durch eigene Versuche erläutert, stellt derselbe fest, dass es wirksamer sei, einen stärkeren Strom kürzere Zeit, als einen schwächeren längere Zeit anzuwenden, und dass die durch die Kathode berührten Gewebstheile leichter der Resorption zugänglich sind als die durch die Anode. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, hat S. sein neues Instrument so construirt, dass eine grosse Anzahl von dünnen Nadeln für die Kathode und wenige dickere für die Anode so auf der Metallplatte angebracht sind, dass letztere in der Mitte stehen; am negativen Pol ist die Platte mit Lack isolirt. Als Stromquelle empfiehlt S. Accumulatoren oder Gleichstromanschluss und betont gegenüber Kafemann die geringe Infectionsgefahr bei Anwendung der Elektrolyse.

Discussion:

Hopmann findet, dass die Anwendung der Elektrolyse zu viel Zeit erfordere, und fragt, da bei dem von S. vorgestellten Patienten am Rachendach keine Geschwulstreste mehr sichtbar, nach der mikroskopischen Untersuchung. H. macht noch auf die Möglichkeit einer Verwechselung von grossen Nasenrachen-Schleimpolypen und Schädelbasisfibromen aufmerksam und demonstrirt ein grosses Exemplar eines solchen, das er vor kurzem operirt hat.

Schmithuisen bemerkt, dass die Diagnose „Fibrom“ in beiden Fällen festgestellt und an eine Verwechselung mit Schleimpolypen nicht zu denken sei; bei

letzteren genüge Entfernung mit der Zange. Auch nach S.' Ansicht gehen Fibrome bei jungen Leuten im Entwicklungsalter nicht immer von der Fibrocartilago basilaris aus. Dass keine Geschwulstreste mehr am Rachendach des demonstrirten Patienten zu sehen sind, ist das Resultat der vollkommenen Zerstörung derselben. S. giebt die Vorzüge der Hopmann'schen Methode in Bezug auf das „Cito" zu, doch erfordert dieselbe besondere Geschicklichkeit und mit Rücksicht auf die oft gefährliche Blutung grossen Muth, er glaubt daher, dass die meisten Aerzte und auch die Patienten die Elektrolyse bevorzugen dürften. Moses (Cöln).

---

c) Gesellschaft Ungarischer Ohren- und Kehlkopfärzte.

V. Sitzung vom 25. April 1901.

Vorsitzender: v. Navratil.

Sekretär: Zwillinger.

1. v. Navratil: Der Einfluss der Tracheotomie auf die Heilung der Kehlkopftuberkulose. 1. Fall. 44 Jahre alte Frau, Epiglottis infiltrirt, beide aryepiglottischen Falten geschwellt, Ueberzug der Aryknorpel infiltrirt, dieselben unbeweglich. Der obere Kehlkopfraum so eng, dass nur die hinteren Antheile der Stimmbänder sichtbar sind. Oberhalb der Stimmbänder in der Schleimhaut einzelne, gelblichweisse, hanfkorngrosse Infiltrate sichtbar. Im Sputum grosse Menge von Tuberkelbacillen. Athembeschwerden, so dass der Luftröhrenschnitt ausgeführt werden musste. Seither hat sich der Zustand der Kranken in Folge der absoluten Ruhe des Kehlkopfes wesentlich gebessert, das Infiltrat oberhalb der Aryknorpel und in den aryepiglottischen Falten zurückgebildet, die Beweglichkeit der cricoarytaenoidalen Gelenke ist frei geworden, Hyperämie und Infiltrat der Stimmbänder zurückgegangen. Pat. athmet nun per vias naturales. Im Sputum seit zwölf Tagen keine Tuberkelbacillen mehr.

2. Fall. 20 Jahre alter Arbeiter wird am 14. April v. J. mit hochgradiger Athemnoth ins Spital aufgenommen. Sofortige Tracheotomie. Der Kehldeckel hochgradig infiltrirt, erschwert den Einblick in das Larynxinnere, der Ueberzug der Giessbeckenknorpel stark geschwellt, ödematös, beide Gelenke fixirt. Pat. fiebert, Sputum enthält in grosser Anzahl Tuberkelbacillen. Nach drei Monaten hatten sich die Infiltrate im Kehlkopfe zurückgebildet, die Gelenke sind frei geworden, die Athmung geht auf natürlichem Wege vor sich. Canüle wird entfernt. Pat. verlässt die Abtheilung. Nach einem Jahre hat sich nun Pat. wieder mit geringem Kehlkopf- und Bronchialkatarrh vorgestellt, welcher Zustand sich nach viertägigem Spitalaufenthalte besserte. Die Epiglottis ist geringfügig infiltrirt, der Kehlkopf sonst normal. Beide Fälle beweisen zur Genüge den Werth der Tracheotomie als Heilfactor bei tuberkulöser Erkrankung des Kehlkopfes.

Pollatsek frägt, wie die günstige Wirkung der Tracheotomie auf ödematöse, tuberkulöse Tumoren zu erklären sei? Er weiss sich den Erfolg nur so zu erklären, dass durch den Luftröhrenschnitt der Kehlkopf ausser Function gesetzt, Zeit hat, sich auszuruhen.

Baumgarten ist auch der Meinung, dass durch die Ausserfunctionssetzung des Kehlkopfes das günstige Resultat erzielt wird.

Zwillinger kennt den zweiten der vorgestellten Fälle, in welchem die Lungenaffection sich noch im Anfangsstadium befindet, nur in solchen Fällen kann von der Tracheotomie aus genannter Indication die Rede sein.

v. Navratil hat schon im Jahre 1866 in seinem damals erschienenen Werke „Gégebajok“ (Kehlkopfkrankheiten) die Tracheotomie als Heilfactor in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose empfohlen. Die Heilwirkung derselben besteht seiner Ansicht nach darin, dass der Kehlkopf extra ictum gesetzt wird. Die Ruhe und der Umstand, dass das aus der Lunge kommende Sputum den Kehlkopf nicht inficiren kann, bildet den Vorzug der Tracheotomie.

2. Zwillinger: Enorme Hyperplasie (?) des lymphoiden Gewebes des Rachendaches, malignen Tumor vortäuschend. Am 21. Februar l. J. stellte sich Patientin, 22 Jahre alte Lehrerin, vor, mit der Angabe, dass sie durch die rechte Hälfte ihrer Nase keine Luft bekäme, auch habe sich seit dieser Zeit an der rechten Seite ihres Halses eine Geschwulst entwickelt, welche an Grösse immer zunähme. Die rechte Nasenhälfte war vor 4 Monaten noch ganz frei, was Pat. auf das Bestimmteste angiebt, während dieselbe jetzt so sehr verlegt sei, dass sie selbst bei grösster Anstrengung weder während des versuchten Ein- noch Ausathmens selbst nicht die geringste Quantität von Luft durchpressen könne. Pat. klagt auch über heftigen Kopfschmerz, Appetitmangel, Abmagerung. Pat. blass, anämisch, schlecht genährt, innere Organe gesund. An der rechten Seite des Halses, im hinteren Halsdreieck eine kindsfaustgrosses Paquet von normaler Haut bedeckten, verschiebbaren harten Drüsen, welche sich auf Druck ganz schmerzlos erweist. Die Untersuchung der Nase von vorne ergiebt rechterseits, dass die Schleimhaut der Muscheln und der Scheidewand ein wenig intensiv tiefer roth ist, als sonst, dieselbe ist jedoch dünn, so dass man selbst in das hintere Drittel der rechten Nasenhöhle Einblick gewinnt und sich so überzeugen kann, dass das Hinderniss nicht in der Nasenhöhle selbst gelegen sein kann. Linkerseits normale Verhältnisse. Bei der Inspection des Rachens sieht man, dass die rechte Hälfte des weichens Gaumens von der hinteren Rachenwand weiter absteht als links, dieselbe erscheint nach vorne verdrängt. Die Rhinoskopia post. zeigt, dass die rechte Hälfte des Nasenrachenraums von einer grauröthlichen, mit wenig Schleim bedeckten, eine höckerige Oberfläche darbietenden Masse ausgefüllt ist, welche bis an das Velum herabreicht; von der linken Choane ist der untere Rand sichtbar. Die Palpation ergiebt, dass die Geschwulst von elastischer, mehr weicher Consistenz ist und auf Berührung blutet. Alle diese Symptome, als rasches Wachsthum, Beschränkung auf die rechte Hälfte des Nasenrachenraumes, gleichzeitige Entwickelung der einseitigen indolenten Drüsenschwellung, die Neigung zu Blutungen, das Aussehen der Geschwulst, machten es wahrscheinlich, dass es sich in diesem Falle um einen malignen Tumor der Nasenrachenraumes handle. Die histologische Untersuchung eines excidirten Stückchens ergab, dass es sich um ein stark mit lymphoiden Zellen infiltrirtes Gewebe handle. So entschloss sich Vortr. denn, die Entfernung der Geschwulst vorzunehmen. Die Ent-

fernung gelang leicht mit Schlinge und Ringmesser; die Athmung ist jetzt absolut frei, die Sprache rein; Blutung war bei und nach der Operation mässig.

Im Zustande der Halsdrüsen hat sich seit der Operation nichts geändert. Der histologische Befund der exstirpirten Geschwulst ergiebt Hyperplasie des lymphoiden Gewebes.

v. Lénárt kennt den Fall und ist der Ansicht, dass es sich um einen inoperablen Tumor mit Metastase in die Halsdrüsen handelt. Trotzdem der histologische Befund nicht für Malignität spricht, glaubt er an baldige Recidive. Der operative Eingriff wirkt als Reiz und Recidive treten um so eher ein.

Donogany: Der histologische Befund ist bei Neubildungen dieser Art nicht immer ausschlaggebend, nur der klinische Verlauf entscheidend.

Zwillinger war selbst der Meinung, dass es sich um eine bösartige Neubildung handelt, doch sprachen nicht nur der histologische Befund, sondern auch der Verlauf dagegen, aus welchen Gründen er die Operation ausführte.

Polyák glaubt, dass selbst im Falle der Bösartigkeit der Neubildung der Eingriff gerechtfertigt war, da durch Freimachung des Nasenrachenraumes die Beschwerden der Patientin theilweise behoben wurden.

3. Pollatsek: Carcinom der Luftröhre. Es handelt sich um einen 58 Jahre alten Mann, der sich wegen hochgradiger Athemnoth, Schlingbeschwerden und Husten vorstellte. Kehlkopf ganz frei, die Trachea in der Höhe des 8. Ringes von einer röthlich-grauen Masse, deren Oberfläche uneben, ausgefüllt ist. Pat. musste tracheotomirt werden, welche Operation Professor Dollinger aus vitaler Indication ausführte. Am 4. Tage nach dem Eingriffe Exitus letalis. Das Präparat, welches Pollatsek demonstrirt, bestätigte die Annahme eines Carcinoms der Speiseröhre, welches in der genannten Höhe die Luftröhre perforirt hatte.

v. Navratil: Der primäre Luftröhrenkrebs ist selten; auch in dem vorhergegangenen Falle handelte es sich eigentlich um ein Carcinom der Speiseröhre, welches sich auf die Luftröhre fortpflanzte. Redner erinnert sich an einen Fall, den viele gesehen hatten und bei welchem sich das Carcinom auf die Luftröhre und Lungen fortsetzte.

Pollatsek: Myxoma laryngis. Dieses histologische Präparat stammt von einer selten vorkommenden gutartigen Geschwulst des Kehlkopfes, welche ich auf intralaryngealem Wege entfernt habe. Das 52jährige Individuum ist seit 2 Jahren heiser. Am Uebergange des vorderen in das mittlere Drittel des rechten Stimmbandes, an dessen freiem Rande eine auf breiter Basis sitzende graugelbliche, aus zwei erbsengrossen Läppchen bestehende Geschwult sichtbar, welche bei der Untersuchung transparent erscheint und während der Phonation in der Stimmritze bleibt, aber durch die Stimmbänder bedeutend zusammengepresst und dadurch in ihrer Längsachse vergrössert wird. Die Transparenz des Tumors, die bedeutende Zusammenpressbarkeit desselben bei der Phonation bestimmten Vortragenden dazu, eine Cyste anzunehmen und dieselbe zu entfernen. Die mikroskopie ergab ein reines Myxom.

VI. Sitzung vom 23. Mai 1901.

Vorsitzender: Lichtenberg.

Schriftführer: Zwillinger.

1. Baumgarten: Grosser Choanalpolyp bei einem Kinde. Kindsfaustgrosses Präparat eines 12jährigen Knaben. Der linksseitige Gaumenbogen war stark nach vorne gespannt, beim Schlucken hinter demselben bemerkte man eine nussgrosse Geschwulst. Die rechte Nasenhöhle war frei, die linke hingegen durch eime grauröthliche Masse beinahe bis zur vorderen Nasenöffnung ausgefüllt. Der Tumor wurde mit einer Nasenrachenschlinge umfasst, dieselbe bis zur Choane vorgeschoben und das ganze Neugebilde in einem Stücke entfernt. Das retortenförmige Fibrom besteht aus zwei Theilen: der hintere kugelige Antheil ist härter, der vordere, längere Antheil etwas länger und ödematös.

2. Baumgarten: Septum deviation und Crista. Es gelang die Septum-deviation und Crista in einem Stücke bei Schleich'scher Anästhesie abzuzumeisseln, obgleich die Deviation gleich vorne begann und fast bis zum hinteren Drittel des Septums reichte, dabei war der knorpelige Antheil ebenfalls ganz verknöchert. Patient konnte den 5. Tag bereits geheilt abreisen.

3. Baumgarten: Ein Fall von Lues tarda. 19jähriges Mädchen. Ein zerfallenes Gumma an der linken Seite der Uvula und am Gaumenbogen. Mässige Infiltration der Halsdrüsen. Nach 14 tägigem Jodkaligebrauch verschwanden die Schlingbeschwerden, die Perforation am Gaumen wird kleiner, die Ränder sind verheilt, ebenso die Uvula und der Gaumenbogen.

Pat. liess sich einen Watta-Obturator machen.

4. Baumgarten: Ein schwerer Fall von Lues tarda. 12jähriges Mädchen. In der Mitte des harten Gaumens war ein kronengrosses Geschwür, in demselben eine Fistelöffnung, die bis in die Nasenhöhle führte, oberhalb der Uvula. Perforation. Rechter Gaumenbogen mit Geschwüren bedeckt. Die Nase voll mit schmutziggrauen, braunen Borken. Nach Reinigung sieht man eine von dem Septum membranaceum bis zur Choane reichende, grosse, unregelmässige Perforation im Septum. Nach Jodkaligebrauch und Einpinselungen von Jodtinctur heilt das Geschwür am harten Gaumem und oberhalb der Uvula. Auch in diesem Falle konnte von einer Hg.-Behandlung abgesehen werden.

Zwillinger frägt, wie Vortragender in den unter Lues tarda vorgestellten Fällen die post partum aquirirte Lues ausschliesst?

Baumgarten: Nur weil eine vorhergegangene Erkrankung nicht nachweisbar war, habe er Lues tarda angenommen, doch sei acquirirte Lues nicht ausgeschlossen.

5. Zwillinger: Mikroskopische Präparate einer Neubildung des Epipharynx. Zw. stellt histologische Präparate eines in der letzten Sitzung demonstrirten Falles eines Tumors des Epipharynx vor. Geschwulst erweckte den Verdacht der Bösartigkeit. Prof. Pertik's Befund lautet: Das Ge-

webe ist im Grossen und Ganzen lymphoides Gewebe, sehr zahlreich mit minimaler, netzartiger, kaum sichtbarer, zum Theile schleimiger, zum Theile feingestreifter Zwischensubstanz. Die Zellen sind gross, bläschenartig, ihr Kern protoplasmaarm, zum Theile sind sie als an den epitheloiden Typhus erinnernde grosse Lymphcysten anzusehen mit wenig ausgesprochenem Polymorphismus. Die Frage, ob Lymphom oder Lymphosarcom, ist in gegebenem Falle nicht zu bestimmen, da von den tieferliegenden Gewebsschichten in den Schnitten nichts sichtbar ist. Da aber in den Schichten nekrotische Gewebsinseln mit mangelnder Kernfärhung vorhanden sind, ist die Malignität wahrscheinlich.

v. Lenárt: Die histologische Untersuchung hat die Bösartigkeit nicht ausschliessen können; die klinischen Symptome, als: rasches Wachsthum, Verlegung einer Choane mit gleichseitigem Drüsentumor, sprechen für Malignität. An manchen Stellen waren vergrösserte Drüsen nicht vorhanden, was gegen die Annahme von Tuberculose oder Scrophulose spricht.

Onodi hat den Fall gesehen, einen Theil des Tumors excidirt, denselben histologisch untersuchen lassen, später aus tiefer gelegenen Antheilen der Geschwulst Präparate anfertigen lassen; letztere hat Prof. Pertik gesehen und darüber einen Befund abgegeben, nach welchem es sich in diesem Falle um eine Sarcoma mixtocellulare handelt.

Zwillinger wollte von den klinischen Symptomen nicht sprechen, nur seinen Standpunkt mit dem Befunde stützen. Bezüglich des neueren histologischen Befundes ist das jetzige Resultat entscheidend. v. Navratil.

IV. Briefkasten.

XIVe Congrès international de Médecine.

Nous avons l'honneur d'informer MM. les Médecins qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid que les Compagnies suivantes ont accordé des réductions sur le prix des billets en faveur des Membres du Congrès:

Chemins de fer du Nord de l'Espagne / idem de Madrid à Zaragoza et Alicante	50 pour Cent.
Compagnie Transatlantique (espagnole)	33 pour Cent.
Chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Ouest, P.-L.-M., Etat et Orléans	50 pour Cent.
Navigazione Generale Italiana, Compagnies de navigation „Puglia“, „Napolitana“ et „Siciliana“	50 pour Cent.

(nourriture excluse).

O fera connaître les réponses des autres Compagnies au fur et à mesure qu'elles parviendront au Comité exécutif du Congrès.

Les „Voyages pratiques“, 9 rue de Rome — Paris (agences et correspondants à Bordeaux, Bruxelles, Londres, Marseille, Naples, New York, Strasbourg, Toulouse, Zurich, Milan etc.) s'occupent gratuitement de tout ce qui concerne les voyages, renseignements pour l'obtention des billets, excursions etc.

Le Service des logements à Madrid est installé en permanence et c'est à lui directement qu'il faut s'adresser (Bureau des Logements, Faculté de Médecine — Madrid).

Tous ceux qui désireraient recevoir le programme préliminaire du Congrès, pourront le demander soit au Comité National de leur pays, soit au Secrétariat général à Madrid.

On rappelle que toutes les communications qui devront figurer au programme définitif, devront être annoncées au Secrétariat général avant le 1er Janvier 1903.

Plusieurs demandes sont parvenues au Comité exécutif au suject de l'extension de l'art. II du Règlement qui parle de l'admission comme membres du Congrès de toutes les personnes étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique: il va sans dire que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la science médicale.

Les adhésions et cotisations (30 Pesetas ou 23—25 Francs selon les oscillations du change) peuvent être adressées aux Comités nationaux, ou bien au Secrétariat général à Madrid.

16/8—1902.

XIV. Congreso internacional de Medicina.

Zur Frage der Paraffinprothesen.

Wien, 14. August 1902.

Sehr verehrter Herr Professor!

Indem ich mich nur auf die Beantwortung der speciell gestellten Frage beschränke und im übrigen auf meine diesbezügliche Publication: („Die Aufrichtung der Sattelnasen mit Anwendung subcutaner Paraffinprothesen nach Gersuny", Wien. med. Wochenschr. No. 19/20, 1902) hinweise, erlaube ich mir mitzutheilen, dass ich in fast allen meinen Fällen einige Tage nach jeder Sitzung eine leichte Röthung und Schwellung der Nasenhaut beobachten konnte, welche aber nach einigen Tagen wieder verschwand. Nur in einem der ersten Fälle trat ein etwas stärkeres Oedem der beiden unteren Augenlider auf. Aber auch dieses ging nach Gebrauch von Umschlägen mit essigsaurer Thonerde im Verlaufe von ungefähr 14 Tagen wieder vollständig zurück.

Ich spritze principiell nur geringe Mengen Vaselin, und zwar immer in mehreren Sitzungen ein und glaube es diesem Vorgang zuschreiben zu müssen, dass einerseits die Reactionserscheinungen sehr geringe, andererseits die kosmetischen Erfolge vorzügliche sind.

Erwähnenswerth wäre noch, dass ich vor kurzer Zeit ein Mädchen sah, dem ich vor ungefähr $1^1/_2$ Jahren die tief eingeschnittene Sattelnase mit den Paraffininjectionen aufgerichtet hatte. Sie suchte mich deshalb auf, weil sie seit einiger Zeit in der Gegend des Paraffindepots einen leichten Schmerz beim Niesen und Schneuzen empfand. Ich fand das Depot vollständig unverändert, nicht druckempfindlich, in normaler Umgebung. Auch die rhinoskopische Untersuchung gab keine Klärung für die Empfindlichkeit. Ich verordnete Umschläge, worauf die Patientin nach wenigen Tagen mit der Angabe erschien, keinen Schmerz mehr zu empfinden.

Eine ernstere Complication habe ich trotz ausgedehnter Anwendung bisher nicht beobachtet.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Regimentsarzt Dr. Johann Fein.

Obligatorisches Studium der Oto-Laryngologie.

Professor Schmiegelow theilt uns mit, dass der oto-laryngologische Unterricht an der Universität Kopenhagen obligatorisoh gemacht worden ist.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, November. 1902. No. 11.

I. Referate.

a. Varia, obere Luftwege.

1) **B. Fränkel. Die Universitätsklinik und -Poliklinik für Hals- und Nasenkranke im Charité-Krankenhause zu Berlin.** *Archiv für Laryngol. u. Rhinologie. Bd. XII. H. 2. S. 145.*

B. Fränkel. Rede bei der Eröffnungsvorlesung der Hals- und Nasenklinik am 2. Mai 1901. *Ebenda. S. 158.*

Die Klinik, deren genaue Beschreibung Fränkel in dem vorliegenden, mit zahlreichen Rissen und photographischen Abbildungen illustrirten Bericht giebt, ist die erste laryngologische Klinik in Preussen. In ihrer reichen und bis in Kleinste zweckgemässen Ausstattung wird sie vorbildlich sein für alle späteren.

In seiner Eröffnungsrede bespricht Fränkel die Eintheilung und die Ziele des Unterrichts, der in dem neuen Institute gegeben werden soll. Ueber die Beziehungen zwischen Specialität und allgemeiner Medicin sagt er goldene Worte: „Erst Arzt, dann Specialist und als Specialist immer Arzt, nicht nur der besonderen Organgruppe, sondern des ganzen Menschen"!

KLEMPERER.

2) **G. J. Ross. Rückblick auf Laryngologie und Rhinologie. (Retrospect of Laryngology and Rhinology.)** *Canada Medical Record. April 1902.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

3) **Stephen H. Lutz. Die Entfernung von Fremdkörpern aus Ohr, Nase und Hals. (The removal of foreign bodies from ear, nose or throat.)** *Brooklyn Medical Journal. April 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

4) **Carolus M Cobb. Ueber die krankhaften Veränderungen an den oberen Luftwegen infolge von Infectionskrankheiten. (A discussion of the morbid conditions of the upper respiratory tract resulting from the infections diseases.)** *Philadelphia Medical Journal. 25. Mai 1902.*

Verf. betont die Bedeutung der sog. katarrhalischen Entzündung der oberen

Luftwege nicht nur in Beziehung zu localen Erkrankungen, sondern auch zu katarrhalischen Entzündungen des Mittelohres, der Augen, des Larynx, der Bronchialschleimhaut, sowie zu Allgemeininfectionen. Die Verstopfung der Nase an sich verursacht noch keinen katarrhalischen Ausfluss. Die Nebenhöhlen sind häufig bei Infectionskrankheiten miterkrankt; dabei wird die Erkrankung der Nebenhöhlen während der Erkrankung oder während der Reconvalscenz oft nicht diagnosticirt. Infectiösen Entzündungen folgen häufig Hypertrophien der Lymphdrüsen in Hals und Nase. In dem Nasensecret kann der Klebs-Löffler'sche Bacillus enthalten sein, wodurch eine Gefahr für die Umgebung erwächst. Ein grosser Procentsatz von katarrhalischen Erkrankungen mit Ausfluss vorne oder hinten aus der Nase hängt mit Infectionskrankheiten zusammen, so in der angeführten Casuistik bei 69 pCt. der Fälle.

EMIL MAYER.

5) **Pertzew. Zur Frage der Aetiologie der influenzaähnlichen Krankheiten. (U woprosu etiol. influenza podob. sabolewanii.)** *Iswestia imp. Wojen. Med. Akad. 1902. 3.*

P. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Influenza wird durch Influenzabakterien hervorgerufen. 2. Andere Bakterien können der Influenza ähnliche Erkrankungen hervorbringen. 3. Die Influenzabacillen sind wenig lebensfähig und 4. geben charakteristische Bildungen von Pseudofäden.

P. HELLAT.

6) **Abrikosow. Ein Fall von myasthenischer Paralyse nach Influenza. (Stut. miost. paraliitacha posle infl.)** *Med. Obotr. 1902. 1.*

Nach einiger Zeit erfolgte eine bedeutende Besserung. Hysterie liess sich nicht ganz ausschliessen.

P. HELLAT.

7) **Kenigstein. Zwei seltene Fälle von Lupus der Schleimhaut der oberen Luftwege. (Dra vzadkie orzypedki wilka btony iluzowej gornego odcinka dreg oddechorych.)** *Medycyna. No. 24. 1902.*

Verfasser beschreibt 2 Fälle, wo der lupöse Process bei einer 22jährigen Frau das ganze Palatum durum, Epiglottis, hintere Larynxwand und Basis der Zunge, wie auch theilweise den subglottischen Raum einnahm. Im 2. Falle bei einem 10jährigen Kinde war der Process weniger ausgebreitet, und zwar infiltrirte er das Palatum molle, Epiglottis, falsche Stimmbänder und die Nasenhöhlen.

A. v. SOKOLOWSKI.

8) **Corvini. Beitrag zum Studium der Fremdkörper in den oberen Luftwegen. (Contributo allo studio dei corpi estranei nelle vie respiratorie.)** *Bollett. d. malatt. dell'orecchio. Mai 1902.*

Eine nichts Neues enthaltende zusammenfassende Darstellung zur Diagnose und Entfernungsmethoden der Fremdkörper.

FINDER.

9) **Henry Beaman Douglass. Die Arzneibehandlung der Katarrhe. (The drug treatment of catarrh.)** *Merck's Archives. Mai 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



10) **W. A. Briggs. Mentholisation der Schleimhaut der oberen Luftwege. (Mentholization of the mucosa of the air passages.)** *American Medicine. 26. April 1902. N. Y. Medical Record. 3. Mai 1902.*

Verf. empfiehlt seine Methode als Vorbereitung zur Aethernarkose. Pat. muss mehrere Minuten lang Pfefferminzöl oder eine gesättigte Menthollösung aus dem Inhalirapparat inhaliren. Letzterer wird dann mit Aether gefüllt und damit weiter inhalirt. Nach der Operation muss der Patient Pfefferminzöl oder Menthol aus einem Handtuch einathmen, bis der Brechreiz vorüber ist. Auf diese Weise soll Husten, Erstickungsgefühl und Erbechen ferngehalten werden. Die Narkose selbst wird beschleunigt und ein Exitationsstadium aufgehoben oder wenigstens abgekürzt.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **E. L. Mather. Die normale Nase und ihre Functionen. (The normal nose and its function.)** *Journal of Eye, Ear and Throat diseases. März-April 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

12) **M. Mangakis. Ein Fall von Jacobson'schem Organ beim Erwachsenen.** *Anat. Anz. XXI. 3/4. S. 106. 1902.*

M. beobachtete — wie vor ihm Koelliker, Meckel, Anton beschrieben haben — einen Fall von Jacobson'schem Organ bei einem Erwachsenen, einem jungen Soldaten. Es bestanden zwei symmetrische Gänge beiderseits der Nasenscheidewand. Die Gänge begannen mit zwei weiten Mündungen und folgten der Richtung der Nasenscheidewand ihrem ganzen Verlauf entlang von vorn nach hinten, wo sie ungefähr gegen die Mitte des hinteren freien Randes der Nasenscheidewand frei ausmündeten. Die Auskleidung dieser Gänge bestand aus Schleimhaut, ähnlich der des Athmungs- und Riechtheils der Nasenschleimhaut.

J. KATZENSTEIN.

13) **P. Hellat. Untersuchung des Gehörs, der Nase und des Nasenrachenraums der Zöglinge der St. Petersburger Taubstummenschule. (Isledowonis slucha, nosa ir nosoal. poostr. wospitan. utschil. dlja gluchon. w St. Petersb.)** *Wratsch. Gaz. 1901. No. 45—47.*

Es wurden im Ganzen 162 Zöglinge untersucht. Die Angaben bezüglich des Gehörs werden hier nicht berücksichtigt. Erwähnt sei nur, dass nach diesen Untersuchungen es sich herausstellte, dass die angeborene Taubstummheit selten ist, von der erworbenen sich schwer trennen lässt und daher eine Theilung in diesem Sinne unwissenschaftlich erscheint. Die Nase wurde 70mal normal gefunden, relativ häufig war eine hypertrophische Rhinitis vorhanden — in 33 Fällen. Der Nasenrachenraum war nur in 36 Fällen normal, Hypertrophien der Luschka-schen Tonsille wurden 90mal verzeichnet, d. h. mehr als bei 64 pCt. (Bei 22 Zöglingen wurde die Untersuchung nicht ausgeführt.) Im Rachen liessen sich relativ am wenigsten Abnormitäten constatiren. Von 137 Untersuchten wurde 88mal

normaler Rachen gefunden. Auf Grund dieser Ermittelungen ist es wahrscheinlich, dass die Nasenrachenaffectionen bei der Entstehung der Taubheit eine hervorragende, wenn nicht Hauptrolle spielen, besonders bei einer Bevölkerung, wo häufig die primitivsten Lebensverhältnisse und medicinischen Anschauungen herrschen.

AUTOREFERAT.

14) **M. Probst. Zur Kenntniss des Faserverlaufs des Temporallappens, des Bulbus olfactorius, der vorderen Commissur und des Fornix nach entsprechenden Exstirpations- und Durchschneidungsversuchen.** *Arch. f. An. (u. Physiol.). 1901. 6. S. 338.*

Der Fornix entspringt bei der Katze im Ammonshorn und im Uncus; er endet im Ganglion opticum, im Riechfeld und im lateralen Kern des Corpus mammillare. Nur wenige Fasern ziehen hier in umgekehrter Richtung. Der Gyrus sylvius und der Gyrus compositus post. stehen in engem Zusammenhang mit dem Stiel des inneren Kniehöckers und dem Thalamus. Ferner schicken sie eine geringe Zahl von Fasern in den lateralen Abschnitt des Pes, wohin auch solche aus der Sehsphäre gelangen. In der Pars olfactoria der vorderen Commissur verlaufen Commissurenfasern zwischen beiden Bulbi olfactorii. Die Fasern des Bulbus olfactorius entspringen im Bulbus und enden in der Rinde des Gyrus hippocampi.

J. KATZENSTEIN.

15) **G. F. Nicolai. Ueber die Leitungsgeschwindigkeit im Riechnerven des Hechtes.** *Pflüger's Arch. LXXXV. 1901.*

Die Leitungsgeschwindigkeit im Olfactorius des Hechtes ist etwa 150mal kleiner als im Ischiadicus des Frosches und ist abhängig von der Temperatur, mit deren Steigen sie wächst.

A. ROSENBERG.

16) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Versuch einer Theorie des Riechmessers. (Proeve eener theorie van den reukmeter.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1901. II. No. 22.*

Die sorgfältigen Untersuchungen betreffen die Stromgeschwindigkeit im Riechrohr während des Riechens, die Dauer der Aspiration, das fortbewegte Luftquantum, die Dauer des Riechreizes, die Adhäsion der riechenden Moleküle an der Wand des Riechrohres, die Bestimmung des Minimum perceptibile und andere einschlägige Fragen. Z. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Bei gleicher Stromgeschwindigkeit im Riechmesser ist die physikalische Intensität des Reizes, dem Maasse, in welchem das Instrument vorgeschoben ist, proportional.

2. Für denselben Untersucher ist, bei Minimum-Bestimmungen, die mittlere Stromgeschwindigkeit immer constant.

3. Bei gleicher Cylinderlänge ist c. p. die physikalische Intensität des Reizes dem odorimetrischen Coefficienten des olfactometrischen Riechstoffes proportional.

H. BURGER.

17) **L. J. J. Muskens** (Haag). **Einige Bemerkungen über Riechstörungen (Neuritis olfactoria) bei Erhöhung des intracraniellen Druckes. (Eenige waarnemingen omtrent reukstoornissen [N. o.] bij verhooging van den intracraniellen druck.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1901. II. No. 18.*

Bei seiner Untersuchung über die subjectiven und objectiven Frühsymptome der Neuritis optica in Folge intracranieller Drucksteigerung, fiel es M. auf, dass manche dieser Patienten auch über subjective Geruchswahrnehmungen klagten. Dann fand er in solchen Fällen manchmal auch objective Herabsetzung des Riechvermögens.

M. theilt die Ergebnisse seiner Riechmessungen bei 14 an Hirngeschwulst leidenden Kranken mit. Riechstörungen traten häufiger bei Geschwülsten in der hinteren Schädelgrube als bei den mehr nach vorne localisirten Tumoren auf. In der Regel zeigte sich in den Fällen mit ausgesprochenem Schwellungsunterschied der beiden Papillae N. optic. auch quantitativ wie qualitativ eine Differenz in der Riechperception, und zwar war die Riechschärfe gewöhnlich eine geringere auf der Seite der stärksten Papillenschwellung. Die subjectiven Riechstörungen waren sehr verschiedene.

M.'s Betrachtungen führen zu der Folgerung, dass die Functionsstörungen am Geruchapparat die Folge einer Affection der Olfactorii sind, welche derjenigen, welche die Optici unter dem Einfluss intracranieller Drucksteigerung erleiden, analog sind.

H. BURGER.

18) **N. Vaschide. Ueber die Geruchsermüdung. (Sur la fatigue olfactive.)** *Journ. de l'Anat. XXXVIII. 1. p. 85.*

Verf. stellte über die Geruchsermüdung mit dem Osmi-esthésimètre Toulonse-Vaschide's im Anschluss an frühere Beobachtungen Versuche an. Er kam dabei zu dem Schluss, dass bei längerer Geruchsapplication die Perception, d. h. die Erkennung der Geruchsqualität, abnehme, die Sensation, das Vermögen, den Geruch zu erkennen, nur wenig beeinträchtigt werde. — Bei Versuchen mit Ammoniak und Aether in gleicher Verdünnung zur Klarstellung der Verminderung der Geruchsschärfe zeigte sich die Unabhängigkeit beider von einander, wobei Aether bei einer beträchtlichen Ammoniakanosmie doch erkannt wurde. Niesen bewirkte eine Abstumpfung, bes. der Geruchsempfindlichkeit.

Anosmien, die beim Aufenthalte in mit einem Duft erfüllten Räumen beobachtet wurden, beruhten mehr auf psychologischer Basis, da die Aufmerksamkeit hierbei eine Rolle spielt.

J. KATZENSTEIN.

19) **Feré. Ueber Ermüdung des Geruchs durch Erregung. (De la fatigue résultant des excitations de l'odorat.)** *Société de Biologie. 8. Juni 1901.*

F. demonstrirt eine Reihe von Ergogrammen, die Arbeitsleistungen mit und ohne Betheiligung des Geruches in Kilogrammmetern ausdrücken. Daraus geht hervor, dass die Inanspruchnahme des Geruchs die Arbeitsleistung vermindert.

PAUL RAUGÉ.

20) Gorschkow. **Zur Frage der centralen Leitungsbahnen der Geruchswahrnehmungen. (K woprosu o central. prowognikach oboss. oschtschusch.)** *Neurol. Westnik. Bd. X. H. I.*

G. experimentirte an Hunden. Das Riechcentrum befindet sich bei Hunden im Lob. pyriformis, im Bezirke der G. uncinatus und G. hippocampi.

Nach einseitiger Zerstörung der Riechcentrengegend entsteht eine Degeneration gleichseitiger Fasern:

1. im Bulb. olfactorius;
2. der Stabskranzfasern;
3. derjenigen Fasern, die eine Association mit dem übrigen Leitungsystem unterhalten.

P. HILLAT.

21) **L. Marchand. Sklerose des Bulbus olfactorius. (Sclérose des bulbes olfactifs.)** *Société anatomique. 15. März 1902.*

Histologische Untersuchungen (Färbung mit Hämatoxylin, nach Nissl, und nach Weigert) des Bulbus olfactorius in einem Fall von Tabes mit Paralyse.

PAUL RAUGE.

22) **C. Parker. Vorläufige Bemerkung über die Richtung der Luftströmungen bei der Nasenathmung. (Preliminary note en the direction of the air-currents in nasal respiration.)** *Lancet. 6. Juli 1902.*

Bei der Inspiration bediente sich Verf. des Lycopodiums, bei der Respiration des Tabakrauchs. Er stellte auf diese Weise fest, dass der inspiratorische Luftstrom vorwiegend den mittleren und oberen Meatus, der exspiratorische vorwiegend den unteren Meatus passirt.

ADOLF BRONNER.

23) **H. Gutzmann** (Berlin). **Von den verschiedenen Formen des Näselns.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. Marhold, Halle a/S. 1901.*

Nach einer eingehenden historischen Einleitung bespricht G. seine eigenen Versuche.

Die Rhinolalia clausa sondert sich in eine vordere und hintere, je nachdem es sich um Nasen- oder Nasenrachenverstopfung handelt.

Als objectives Prüfungsmittel für dieselbe benutzt G. die Engelmann'sche Schreibkapsel, deren sich hebende und senkende Gummimembran die Bewegung auf einen Schreibhebel überträgt und die er mittelst Gummischlauchs und daran gesteckter Olive mit der Nasenhöhle verbindet; so kann man die Art des Durchschlages und seinen Grad leicht feststellen.

Es zeigt sich nun, dass bei der Rhinol. clausa ant. die Nasenwände bei den Nasallauten in Vibrationen gerathen in Folge der vom Nasenrachenraum aus direct durch die Knochen fortgeleiteten Tonwellen; bei der Rhinol. cl. post. finden wir absolute Ruhe an der knöchernen und knorpligen Nasenwand.

Manchmal bleibt trotz Freilegung der Nase und des Nasenrachens doch eine Rhinol. cl. bestehen — functionelle Rhinolal. claus., die nur durch Uebung zu beseitigen ist.

Die Rhinolalia aperta ist häufig organischer Natur (Perforationen des Gaumens, Lähmungen u. a.); bei ihr haben die Vokale einen stark nasalen Klang,

der am auffallendsten bei u und i ist; von den Konsonanten ist m und n ungestört, ng wird durch n ersetzt; bei g, t und k wird das Explosionsgeräusch nicht an der Articulationsstelle, sondern im Kehlkopfe erzeugt; diese Stimmbandexplosion tritt auch bei b, d und g ein, oder statt ihrer wird m, n und u gesprochen; s ist von Nasengeräuschen begleitet, sch erscheint oft besser, r ist nicht vorhanden oder wird weit hinten im Rachen gebildet, l ist meist vorhanden und richtig. Diese Veränderungen sind jedoch nur typisch für den angeborenen Gaumendefect; beim erworbenen finden sie sich nur, wenn der Defect Jahre lang hindurch bestanden.

Bezüglich der Lähmungen sei erwähnt, dass mit der Beseitigung derselben das Näseln sich nicht immer verliert, sondern dass die Patienten sich an die fehlerhafte Aussprache gewöhnen.

Ausser diesem functionellen Näseln giebt es auch ein beabsichtigtes und durch Nachahmung entstandenes.

Die Therapie ist a) eine ätiologische und b) symptomatologische.

Die erstere ergiebt sich von selbst. Bei den angeborenen Spalten soll man stets für die Operation und zwar im jugendlichen Alter plädiren und womöglich gleich nach derselben mit der sprachlichen Behandlung beginnen.

Folgende Athmungsübungen werden vorgenommen:

1. Bei geschlossenem Munde durch die Nase ein- und ausathmen.
2. Dasselbe wechselnd durch ein Nasenloch.
3. Durch die Nase ein-, durch den Mund ausathmen.
4. Durch den Mund ein-, durch die Nase ausathmen.
5. Durch den Mund ein- und ausathmen.

Einübung der richtigen Articulation, Abstellung der häufig bestehenden Mitbewegungen im Gesicht.

Einzelheiten müssen im Orginal eingesehen werden. A. ROSENBERG.

24) **Moir. Atresie der vorderen Nasenlöcher. (Atresia of the anterior nares.)** *Indian Med. Gaz. Calcutta. Februar 1901.*

Der Patient war ein 13jähriger Knabe, der an congenitaler Lues litt. Vom 5. Monat an bestanden Ulcerationen und eitriger Ausfluss aus der Nase. Dann trat eine Blutung aus dem linken Nasenloch und linken Ohr auf. 6 Wochen später waren beide Nasenlöcher zugewachsen und vom 7. Monat an passirte kein Luftstrom mehr hindurch. Eitriger Ausfluss aus den Ohren trat periodisch bis zum 8. Lebensjahr auf.

Der Patient hat nun im Ganzen länger als 12 Jahre durch den Mund geathmet. Ein äusseres Merkmal der Erkrankung von Nasenknochen und Knorpel bestand nicht. Die Nasenlöcher wurden wieder auf operativem Wege eröffnet, die verengerten Nasengänge dilatirt und ein gutes Heilresultat erzielt, nur dass die Stimme einen etwas nasalen Klang behielt. JAMES DONELAN.

25) **Desguin. Acne hypertrophica der Nase, behandelt vermittelst thermischer Decortication. (Acné hypertrophique du nez traité par la décortication thérmique.)** *Annal. de la Soc. Méd.-Chir. d'Anvers. Janvier et Févr. 1901.*

Die Decortication wurde mit dem Thermokauter nach Lucas-Championnière vorgenommen und nach 5 Wochen vollständige Vernarbung erzielt. BAYER.

26) **Herrmann** (Breslau). **Eine eigenthümliche mit Hyperhidrosis einhergehende entzündliche Dermatose an der Nase jugendlicher Individuen.** *Arch. f. Dermatol. 60. Bd. 1902.*

Von dieser bereits von Jadassohn beschriebenen Erkrankung der Nasenhäute theilt H. 4 Fälle aus der Neisser'schen Klinik mit und giebt an, dass diese Affection bei Kindern vorkommt, welche der ärmeren Bevölkerungsklasse angehören, in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben, unterernährt, anämisch sind. Genauen Aufschluss gab die Untersuchung excidirten Materiales nicht, doch ist H. geneigt, die Ursprungsstelle der Infiltration in den Gefässen zu suchen.

SEIFERT.

27) **François. Lupusexstirpation nach Lang. Krankenvorstellung. (Lupus exstirpé par la méthode de Lang; présentation de la malade.)** *Annal. et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Janvier et Févr. 1901.*

In der Sitzung der medicinischen Gesellschaft von Antwerpen stellt F. einen Kranken vor, welchem er einen seit 8 Jahren bestehenden Nasenlupus nach Lang mit Stirnlappenbildung operirt hatte.

BAYER.

28) **Gaucher** (Paris). **Hereditäres lupiformes Syphilid der Nase. (Hérédosyphilide lupiforme du nez.)** *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie. 7. Juni 1901.*

Eine Frau litt seit 30 Jahren an einer Affection der Nase, die von den competentesten Dermatologen als Lupus betrachtet worden war.

Verf. diagnosticirte Syphilis und heilte die Frau durch Injectionen von benzolsaurem Quecksilber. Er war durch Inspection des Augenhintergrundes zu der Diagnose gekommen.

PAUL RAUGÉ

29) **Howard Morrow** und **D. W. Montgomery. Arsenik bei der Behandlung von Nasen- und Gesichtskrebs. (Arsenious acid in the treatment of cancer of the nose and face.)** *Journal American Medical Association. 9. März 1901.*

Verf. berichtet über einige Fälle und giebt Technik und Indicationen zur Behandlung. Die verordneten Dosen sind sehr klein, manchmal lächerlich klein. Er wendet den Arsenik in Form einer Paste an, die auf 5 Theile Arsenik, 3 Theile Gummi arabicum und 2 Theile Cocain enthält. Dies Pulver wird mit Wasser angerührt. Ueber die aufgelegte Paste kommt etwas Watte oder Gaze und darüber Heftpflaster. Der Verband bleibt 24 Stunden liegen, manchmal auch länger, bis sich ein Schorf abstösst. Die Application war manchmal schmerzhaft und verursachte zuweilen ein acut entzündliches Oedem, das manchmal ein, manchmal beide Augen verschloss. Dasselbe verschwindet nach Entfernen der Paste. In vielen Fällen sind die kosmetischen Resultate den chirurgischen überlegen.

Arsenik hat nach Ansicht des Verf.'s eine specifische Wirkung auf malignes Gewebe. Bei zwei nicht carcinomatösen Affectionen brachte er nur eine unbedeutende Reaction.

EMIL MAYER.

30) **Matzenauer. Epitheliom der Nase.** (Verhandlungen der Wiener dermatolog. Gesellschaft, Sitzung am 6. März 1901.) *Wiener klin. Wochenschrift. 1901. No. 25.*

Demonstration eines Falles von durch Operation geheiltem, seit 20 Jahren bestandenem Epitheliom, das die Nasenwurzel und die rechte Schläfe einnahm.

CHIARI.

31) **Robinson. Leontiasis ossea. („Heupuye".)** *Brit. Med. Journ. 2. November 1901.*

Es handelt sich um einen 26jährigen Mann mit harten beinahe symmetrischen Schwellungen der Nasenknochen und benachbarten Partien des Oberkiefers. Die Haut war nicht mitbetheiligt. Die Nasenhöhlen waren fast ganz verlegt und die Muscheln gegen das Septum angedrängt. Die Affection hatte sich langsam im Laufe von 4 Wochen entwickelt. Anamnestisch war nichts von Syphilis vorhanden.

E. WAGGETT.

c. Mundrachenhöhle.

32) **S. L. Goldsmith. Hygiene des Mundes. (Hygiene of the mouth.)** *Pediatrics. 1. Februar 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

33) **J. Neuhoff. Aphthöse Stomatitis. (Aphthous stomatitis.)** *St. Louis Medical Review. 5. April 1902.*

Bei aphthöser Stomatitis haben wir es gewöhnlich mit kleinen runden oberflächlichen Ulcera zu thun, die meist auf der Schleimhaut der Lippen, der Zunge und der Wangen auftreten, aber auch auf den Tonsillen und dem Gaumen vorkommen können. Diese Ulcera können zusammenfliessen und Speichelfluss und Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen verursachen. Bei ulcerativer Stomatitis beginnt der Ulcerationsprocess am Rande des Zahnfleischs als Schwellung und Röthung. Die Zähne können dabei ausfallen, und sogar Kiefernekrose eintreten. Dabei besteht Foetor ex ore, Speichelfluss und Entzündung der benachbarten Lymphdrüsen.

EMIL MAYER.

34) **Louis Fischer. Stomatitis gangraenosa. (Stomatitis gangraenosa.)** *American Journal Medical Sciences. April 1902.*

Mittheilung eines Falles von Noma bei einem 7jährigen Kinde, 3 Monate nach einer Scharlacherkrankung.

EMIL MAYER.

35) **Bockhart** (Wiesbaden). **Ueber die Aetiologie und Prophylaxe der mercuriellen Stomatitis und Proctitis.** *Monatsh. f. pract. Dermat. XXXIV. 3. 1902.*

Bockhart empfiehlt die Unna'sche Kali chloricum-Zahnpaste hauptsächlich als Prophylacticum gegen die mercurielle Stomatitis, es müssen aber die Patienten angewiesen werden, nicht nur die Zähne zu bürsten, sondern auch das Zahnfleisch und zwar die labiale wie die linguale Fläche derselben und insbesondere den Zahnfleischrand und die Umgebung der unteren Weisheitszähne. Mit

einer weichen Bürste aus Dachshaaren kann man auch in den feinen Spalt zwischen Zahnfleischrand und Zähnen soviel Zahnpaste bringen, als zur Desinfection dieser Stelle nöthig ist. Die Paste muss 3—4 mal täglich mit dem Beginn der Mercurialbehandlung und schon vorher benutzt werden.

SEIFERT.

36) **A. B. Duel. Ulceration des Mundes durch den Bacillus fusiformis. (Ulceration of the mouth due to the fusiform bacillus.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

37) **L. Nielsen** (Kopenhagen). **Hyperkeratosis centrifuga (Porokeratosis) prolabii et mucosae oris.** (*Dansk dermatologlsh Selskab.*) *Hospitals Tidende. 1902. p. 553.*

Ein Fall obengenannter Krankheit wird bei einer 47jährigen Wittwe beschrieben.

E. SCHMIEGELOW.

38) **J. Marshall Beffel. Bericht über einen Fall von Leukoplakia buccalis mit Bemerkungen über die Histopathologie. (Report of a case of leukoplakia buccalis, with remarks on its histopathology.)** *Chicago Clinic. April 1902.*

In Rücksicht darauf, dass diese Affection so häufig den Vorläufer des Epitheliomes darstellt, hält Verf. die Bezeichnung „Leukom" für geeigneter, die Vorstellung auszudrücken, dass die Leukoplakie keinen einfachen entzündlichen, sondern einen heteroplastischen Process darstellt von chronischem progressivem Charakter. Das Leukom ist also als eine gutartige Epithelialgeschwulst aufzufassen, die unter Umständen in die Tiefe wuchern und epitheliomartig werden kann.

EMIL MAYER.

39) **Otto J. Stein. Leukoplakia buccalis mit Bericht über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall. (Leukoplakia buccalis with report of a case treated with the X-rays.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Der erwähnte Fall wurde 8 Wochen lang mit X-Strahlen behandelt, wobei eine tägliche Exposition von 15 Minuten gewählt worden war. Die Strahlen wurden gesammelt und auf den Erkrankungsherd dirigirt vermittelst einer Blechröhre welche ca. 6 Zoll lang war und $^3/_4$ Zoll im Durchmesser hatte; am distalen Ende inserirte sie in einer Bleiplatte, welche auf dem Gesicht lag. Die Resultate waren nicht befriedigend.

EMIL MAYER.

40) **Giordani Vincenzo. Localisation von Tuberkulose im Munde. (Di une localizzazione di tuberculosi boccale.)** *Gazzett. d. ospedali etc. No. 63. 1902.*

Es handelt sich in dem mitgetheilten Falle um eine bei einem tuberculösen Individuum entstandene Ulceration im Lippenwinkel, die sich von da aus auf die Wangenschleimhaut ausbreitete und in ihrer Umgebung spärliche graugelbe miliare Knötchen zeigte. Patient starb nach 2 Monaten und der Verdacht, dass die Ulceration tuberculöser Natur war, wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt.

FINDER.

41) Langlois. **Epithelioma buccale. (Epithélioma buccal.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 22. Mai 1901.*

Das Epitheliom ging von den Mandeln und den linksseitigen Gaumenbögen aus. Nach Operation (Vallar) völlige Vernarbung.

EMIL MAYER.

42) R. Stanley Thomas. **Ein Fall von Parotitis nach Operation wegen Appendicitis. (A caso of parotitis following an operation for appendicitis.)** *Lancet. 28. December 1901.*

Eine 22jährige Frau war wegen wiederholter Appendicitisattaken operirt worden. 6 Tage nach der Operation trat eine sehr schmerzhafte Parotitis auf von 10tägiger Dauer. Sepsis war nicht vorhanden.

A. BRONNER.

43) Enrico Castelli. **Ein Fall von Jodparotitis. (A case of parotitis iodica.)** *American Medicine. 12. April 1902.*

Patient litt an Arteriosklerose und allmälig erlahmender Nierenfunction, in Folge welcher die Elimination von Jod herabgesetzt war und die entzündlichen Schwellungen der Speicheldrüsen eintraten.

EMIL MAYER.

44) Faure Darmet. **Studie über die Tuberculose der Parotis. (Étude sur la tuberculose de la glande parotide.)** *Thèse de Lyon. 1901.*

Die Tuberculose der Parotis ist sehr selten. Verf. hat 7 derartige Fälle zusammengebracht, wo die Natur der Erkrankung 6mal durch histologische Untersuchung und 1mal durch Impfung festgestellt wurde. Sie tritt anatomisch in zwei Formen auf: in der abgekapselten circumscripten Form, und in der diffusen infiltrirten Form. In beiden Formen finden sich die Kennzeichen der Tuberculose: Riesenzellen, Koch'sche Bacillen, epitheloide Zellen und embryonale Zellen. Die Parotistuberculose scheint am häufigsten primär aufzutreten. Die Krankheit entwickelt sich langsam und bleibt im Allgemeinen localisirt. An Functionsstörungen wurden einmal Trismus und zweimal Facialislähmung constatirt. Es giebt eine ulceröse und eine nicht ulceröse Form der Parotistuberculose. Die Diagnose ist schwierig und ohne Impfversuche unmöglich. Die Prognose ist günstig. Die 7 Kranken sind nach der Operation geheilt. Die Localbehandlung besteht in Exstirpation oder Curettement. Ausserdem ist roborirende Allgemeinbehandlung am Platze.

PAUL RAUGÉ.

45) Stahr. **Ueber die Papillae fungiformes der Kinderzunge und ihre Bedeutung als Geschmacksorgan.** *Zeitschr. f. Morpholog. u. Anthropologie von G. Schwalbe. Bd. IV. 2.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

46) W. Tagwater. **Ein Fall von gespaltener Zunge. (Case of bifid tongue.)** *Brit. Med. Journal. 12. October 1901.*

Bei einem 35jährigen Mann fand sich die Zunge durch eine centrale Furche, die etwa $^1/_4$ Zoll hinter der Zungenspitze begann, in zwei Hälften gespalten. Im übrigen war die Zunge normal. Es handelte sich um eine angeborene Anomalie.

A. BRONNER.



47) **Fabre** und **Dolosson. Ein Fall von pharyngealer Ectopie der Zunge. (Un cas d'ectopie pharyngée de la langue.)** *Société d'obstétrique de Paris. 17. Januar 1901.*

Beobachtung an einem Kinde, das einige Stunden nach der Geburt asphyktisch zu Grunde ging. Bei der Autopsie fand sich eine beträchtliche Atrophie des Unterkiefers. Die Zunge trat nicht über den Schlundring hervor, sondern comprimirte hinten die Epiglottis derart, dass sie völlig auf den Larynxeingang zurückgeschlagen war. Gleichzeitig bestand eine Gaumenspalte ohne Hasenscharte.

A. CARTAZ.

48) **Clement F. Thissen. Accessorischer Schilddrüsentumor an der Zungenbasis. (Accessory thyroid tumor at the base of the tongue.)** *Albany Medical Annals. October 1901.*

Es handelt sich um eine 57jährige Frau, die nicht operirt wurde.

EMIL MAYER.

49) **J. A. Blake. Carcinom der Zunge. (Carcinoma of the tongue.)** *Annals of Surgery. Februar 1902.*

Bei der ersten Operation wurden die Carotisäste, sowie die Carotis externa der rechten Seite unterbunden und die Lymphdrüsen entfernt. Eine Woche danach wurde die Zunge, die linke Hälfte des Pharynx und die linke Tonsille entfernt. Interessant war dabei, dass keine Tracheotomie ausgeführt wurde. Patient wird 8 Wochen nach der Operation demonstrirt.

EMIL MAYER

50) **E. Rixford. Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Occidental Medical Journ. Mai 1902.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

51) **G. E. Shambough. Sarkom der Zungenwurzel. (Sarcoma of the radix linguae.)** *American Journal Medical Sciences. Januar 1902.*

Von 9 beschriebenen Fällen wurden 4 nicht behandelt, davon waren zwei aufgegeben, zwei waren inoperabel und starben an Erschöpfung. Von den übrigen Fällen trat bei zweien, bei denen der Tumor entfernt worden war, Recidiv und Exitus letalis ein. Von zwei anderen Fällen, bei denen die Zunge entfernt worden war, starb einer nach 8 Tagen an Pneumonie, der andere genas und hatte nach 3 Jahren noch kein Recidiv. Der fünfte wurde durch Injectionen von Pyoktanin und nachfolgende Entfernung des Tumors mit der galvanokaustischen Schlinge geheilt. In dem von Butlin berichteten Fall, wo das Sarkom die linke Seite der hinteren Zungenhälfte einnahm, wurde die linke Seite der Zunge entfernt. Es trat Genesung ein und nach 4 Jahren war noch kein Recidiv eingetreten.

EMIL MAYER.

52) **Joseph Mullen. Ueberzählige Uvula. (Supernumerary uvula.)** *Laryngoscope. Mai 1902.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.



53) J. C. Raynor. **Ein Fall von malignem Tumor der Uvula. (A case of malignant growth of the uvula.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

54) Gramaccia. **Gaumen-Rachen-Synechiotom. (Sinechiotomo palato-faringeo.)**

„Um einem längst gefühlten Bedürfniss abzuhelfen", hat Verf. ein Instrument construirt, das dazu dienen soll, partielle oder totale Verwachsungen zwischen Gaumenbögen und hinterer Rachenwand zu trennen. FINDER.

d. Diphtheritis und Croup.

55) Lobligeois. **Ehrlich'sche Diazoreaction bei Diphtheritis. (The Diazoreaction of Ehrlich in Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1901.*

Verf. theilt mit, dass die Ehrlich'sche Diazoreaction im Urin von Diphtheriekranken negativ sei, dagegen häufig positiv bei Scharlach, wo sie differentialdiagnostisch ins Gewicht fallen kann. LEFFERTS.

56) K. E. Read. **Complicationen der Diphtherie. (Complications of diphtheria.)** *Northwestern Lancet. 1. Juli 1901.*

Bei Zeiten eingeleitete Antitoxinbehandlung hat einen günstigen Einfluss hinsichtlich postdiphtherischer Lähmungen. EMIL MAYER.

57) Concetti. **Ueber Larynxabscesse bei Croup. (Degli ascessi laryngei nel crup.)** *IV. Ital. Congress f. Pädiatrie. 15.—20. October 1901.*

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu der einen Gegensatz zu den Ansichten Neisser's über diesen Punkt bildenden Anschauung, dass die einen diphtherischen Process begleitenden oder ihm folgenden Abscesse nichts anderes sind als submucöse, durch ein Eindringen von Eitererregern in die Schleimhaut — meist Staphylokokken — bedingte Abscesse. Die Prognose ist fast immer schlecht, nicht sowohl quoad vitam, als quoad functionem, weil in den meisten Fällen beträchtliche Stenosen infolge von Narbenbildung zurückbleiben. Bezüglich der Therapie ist die Tracheotomie der Intubation vorzuziehen.

FINDER.

58) Concetti. **Ueber die submucösen Abscesse beim Larynxcroup. (Degli ascessi sous-mucosi della laringe nel crup.)**

Comba. **Ein Fall von secundärem peritracheo-laryngealem Abscess nach Diphtherie der oberen Luftwege. (Un caso di ascesso peri-tracheo-laringeo secondario difterite della prime vie respiratorie.)**

Tilè-Bonazzola. **Beitrag zum peritracheo-laryngealen Abscess der Kinder. (Contributo all'ascesso peri-tracheo-laringeo dei bambini.)**

Massei. **Endolaryngealer und peritracheo-laryngealer Abscess. (Ascesso endo-laringeo ed ascesso peri-tracheo-laringeo.)** *Archivio Ital. di Laringologia. No. I. Januar 1902.*

Im Jahre 1896 beschrieb Massei zuerst eine von ihm als peritracheo-laryn-

gealer Abscess bezeichnete Affection, die bei Kindern vorkommt, ihren klinischen Erscheinungen nach zu Verwechslungen mit Croup Veranlassung geben kann und seiner Meinung nach dadurch zu Stande kommt, dass eine zwischen Kehlkopf, Oesophagus und Schilddrüse gelegene kleine Drüsengruppe zur Vereiterung kommt und der so gebildete Abscess sich dahin verwölbt, wo er am wenigsten Widerstand findet, nämlich in den Anfangstheil der Trachea. Massei verlegte also den Ursprung dieses Abscesses extralaryngeal.

Concetti ist auf Grund einiger von ihm beobachteter und in extenso mitgetheilter Fälle sowie auf Grund eines Sectionsbefundes bezüglich der Entstehung dieser Abscesse in der Regio subglottica anderer Ansicht. Nach ihm entstehen sie in der Schleimhaut des Larynx selbst, also endolaryngeal, und zwar stets secundär im Anschluss an eine Larynxdiphtherie. Durch die von dem diphtherischen Process in der Schleimhautoberfläche gesetzten Verletzungen sollen die Eitererreger in die Tiefe des Gewebes eindringen und dort Entzündung und Abscessbildung bedingen. Inden mit getheilten Fällen war der Gang der Dinge immer so, dass mehr oder minder kurze Zeit nach Ueberstehen einer Diphtherie die Kinder Erstickungsanfälle — bedingt eben durch jene Abscesse — bekamen; alle Fälle bis auf den einen, von dem das Sectionsresultat vorliegt, wurden durch Intubation geheilt.

In dem von Comba mitgetheilten Fall entstand der Abscess gleichfalls im Anschluss an eine Diphtherie; Verf. hält aber an der von Massei gegebenen Erklärung von der extralaryngealen Entstehung der Abscesse fest und meint, dass die durch die verletzte Schleimhaut gedrungenen Eitererreger zu einer Adenitis geführt hätten. Der Fall unterscheidet sich von den übrigen dadurch, dass hier der Abscess nicht in die Trachea, sondern nach aussen aufgebrochen war.

Auch in dem Fall Filè-Bonozzola's bildete sich der Abscess einige Tage nach Ablauf einer „Angina follicularis“. Verf. glaubt, dass die Tonsillen die Eingangspforte darstellen, durch welche die Eiterkokken auf dem Lymphwege bis zu der neben der Trachea gelegenen Drüsenkette vordringen und dort die Abscessbildung bewirken.

Zum Schlusse ergreift Massei selbst das Wort und hält, indem er die Einwendungen Concetti's widerlegt, an der von ihm ursprünglich gegebenen Deutung des Krankheitsbildes fest. Er leugnet jedoch nicht, dass neben den primären peritracheo-laryngealen Abscessen auch die von Concetti beschriebenen secundären endolaryngeal entstandenen vorkommen.

FINDER.

59) **J. W. Mallery. Diphtherie und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Pacific Med. Journal. Juli 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

60) **E. B. Shuttleworth. Resultate mit Diphtherieserumbehandlung. (Results of experiments with diphtheria antitoxin at the isolation Hospital Toronto [Canada].)** *Dominion Medical Monthly. Juli 1901.*

Das Resultat der Antitoxinbehandlung von 157 Fällen ist kein günstiges.

EMIL MAYER.



61) **Burt Russell Shurly. Antitoxin und Intubation bei der Behandlung der Larynxdiphtherie mit dem Ergebniss von 230 Operationen. (Antitoxine and intubation in the treatment of laryngeal diphtheria with a summary of 230 operations.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Juli 1901.*

Die Behandlung der Larynxdiphtherie mit Antitoxin und Intubation giebt die besten und sichersten Resultate. Keine Behandlungsmethode irgend welcher Erkrankung erweist nachhaltiger den Werth bakteriologischer und chemischer Forschung. Es giebt wenig beredtere Denkmäler amerikanischen Erfindungsgeistes als die Zahl der lebenden und athmenden Kinder, die durch O'Dwyer'sche Intubation gerettet wurden.

LEFFERTS.

62) **Alsberg** und **Heimann** (Berlin). **Ueber die Indicationsstellung der operativen Behandlung der diphtherischen Larynxstenose.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. XXXIII. H. 1 u. 2. 1902.*

Ein operativer Eingriff soll bei Larynxstenose leichten und mittleren Grades mit Hülfe des Heilserums und durch Anwendung des Sprays möglichst vermieden werden.

Die primäre Intubation ist indicirt bei allen Larynxstenosen höheren Grades, bei denen, soweit es das klinische Bild für möglich erscheinen lässt, ein blutiger Eingriff vermieden werden kann.

Die primäre Tracheotomie ist indicirt bei Asphyxie und Collaps, bei bestehender Pneumonie, bei schweren Erkrankungen des Herzens, bei bestehender Gaumensegel- und Zwerchfelllähmung, bei schweren anatomischen Veränderungen des Pharynx, sowie hochgradiger Verschwellung der gesammten Pharynxgebilde bei Nekrose derselben.

Die secundäre Tracheotomie ist angezeigt, wenn die Stenoseerscheinungen bei liegender Tube in erheblichem Maasse fortdauern, vorausgesetzt, dass ihr Lumen nicht verstopft ist, wenn Pneumonie hinzutritt, wenn Gaumensegel- und Zwerchfelllähmung hinzutreten.

Die Intubation ist nicht zu empfehlen im Säuglingsalter, wegen Kleinheit der Theile und der Enge des Pharynx, besonders aber auch wegen der durch die Tube erschwerten Nahrungsaufnahme, die in diesem Alter von vitaler Bedeudeutung ist.

SEIFERT.

63) **Le Marie. Ueber Croup und Kehlkopfintubation. (Du Croup et de l'Intubation du Larynx.)** *Archives Méd. Belge. Juli 1901.*

Bericht über die Methode der Diagnosticirung und Behandlung des Kehlkopfcroups im „Hospital des Enfants Malades“ in Paris, geleitet von Dr. Marfan.

BAYER.

64) **E. J. Abrahams** (Amsterdam). **Ueber die entfernten Folgen der Tracheotomie. (Over die verwijderde gevolgen der tracheotomie.)** *Ned. Tijdschrift v. Geneesk. 1902. II. p. 143.*

Die Behauptung Landouzy's, dass die Tracheotomie bei Diphtherie ein prädisponirendes Moment für Tuberculose abgebe, hat A. zu einer statistischen Forschung angeregt. Er hat sich mit Hülfe des Bevölkerungsamtes in Amsterdam,

über das Schicksal sämmtlicher in 11 Jahren wegen Diphtherie im Jüdischen Spital zu Amsterdam verpflegten und geheilt entlassenen Patienten erkundigt und es ist ihm wirklich gelungen, die grosse Mehrzahl dieser Menschen persönlich zu sehen. Unter 115 tracheotomirten und 201 nicht operirten früheren Patienten ist ihm das Schicksal von 101, resp. 160 derselben bekannt geworden. Von den 115 resp. 201 Patienten sind im Laufe von 11 Jahren 6, resp. 8 gestorben, 83, resp. 138 sind vollkommen gesund; von den beiden Gruppen leiden je 3 an recidivirender Angina, 4 resp. 7 an leichten Störungen der Respirationsorgane, und je 3 an Tuberculosis pulmonum. Hieraus geht hervor, dass weder die Tracheotomie, noch die Diphtherie für Tuberculose besonders disponirend wären. Interessant war die Mittheilung, dass die Kinder (aus beiden Gruppen) die ersten Paar Jahre noch wiederholt Angina und Crouphusten gehabt haben. Auch kommen in diesen Jahren die meisten Todesfälle vor. Das Material bestand aus armen Kindern. Jedenfalls ist aus dieser Forschung zu schliessen, dass die Landouzy'sche Behauptung mit Bezug auf Holland als nicht zutreffend angesehen werden muss.

H. BURGER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

65) **G. Avellis** (Frankfurt a/M.). **Giebt die vergleichende Physiologie eine Antwort auf die Frage nach dem proportionalen Verhältniss zwischen der Gesangsleistung und dem Bau des Singorgans?** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. XII. H. 2. S. 248.*

A. untersucht, wie sich der Bau des Singorgans zum Singvermögen bei den Vögeln verhält. Er constatirt dabei, dass im Allgemeinen die Erhöhung des Singvermögens eine stärkere und differenzirte Ausbildung des Gesangsorgans begleitete, aber es existiren zahlreiche Ausnahmen: der Papagei beispielsweise vermag ein hohes Singvermögen durch Dressur zu erzielen bei mässig ausgebildetem Singmuskelapparat, der Rabe andererseits hat bei reich ausgebildetem Singapparat sehr geringe Singfähigkeit. Das Verhältniss zwischen Singfähigkeit und Singapparat ist nach A. so zu deuten, dass die ererbten geistigen Fähigkeiten, der Singinstinct die Function anregen und deren Reiz die stärkere Ausbildung des Singorgans erzeugt; nicht das Organ bestimmt die Function, sondern die Function baut das Organ auf. — Dieselben Gesetze gelten auch für den Menschen. Der Sängerkehlkopf zeigt eine stärkere Ausbildung der Muskulatur — doch ist diese nicht so athletenhaft, dass sie bei der gewöhnlichen laryngoskopischen Betrachtung in's Auge fiele — aber der Kehlkopf des Redners, Schauspielers, Ausrufers etc. ist in ganz derselben Weise stärker ausgebildet. Das Wort Sängerkehlkopf sollte darum als irreleitend besser bei Seite gelassen werden. Das Specifische beim Sänger ist der Kopf, nicht der Kehlkopf.

F. KLEMPERER.

66) **J. D. Boeke** (Alkmaar). **Der R-Klang, nach den Ergebnissen der mikroskopischen Untersuchungen meiner Phonogramme (Het R-geluid).** *Aanteekeningen van het Utrechtsch Genootschap voor Kunsten en Wetenschappen. 1901.*

Ausführliche Beschreibung der Versuchsanordnung sowohl wie der erhaltenen Resultate, die zu folgenden Schlüssen berechtigen:

Der von Hermann u. A. für den R-Laut gebrauchte Namen Semivocal ist nicht richtig; vielmehr wäre derselbe als ein intermittirender eigner Vocal zu bezeichnen. Derselbe besteht aus dem 20 bis 40 Mal pro Secunde abgeschwächten oder gänzlich unterbrochenen Klang eines eignen Vocals, der in Charakter mit ü, e und i Verwandschaft zeigt und sich von dem R vorangehenden und demselben folgenden Vocal unterscheidet. Nur wenn die Vocale o, u oder ü dem R vorangehen oder folgen, scheint die periodische Unterbrechung derselben gleichfalls den Eindruck des R hervorrufen zu können. Der Uebergang des R-Lautes in den vorangehenden oder nachfolgenden Vocal ist kein plötzlicher, vielmehr ein allmäliger. Nur beim R-labiale ist dieser Uebergang ein plötzlicher. Der Rhythmus der Unterbrechung ist beim R-uvulare im Allgemeinen etwas langsamer als beim R-alveolare und wächst an Frequenz, nachdem der Stimmton, in welchem gesprochen wird, höher ist. Dennoch hat dieser Rhythmus im Allgemeinen einen auffallend constanten Werth, der nur in beschränktem Maasse vom Alter und Geschlecht der sprechenden Person abhängig ist.

H. BURGER.

67) **Zixciakievicz. Ueber Entstehung des Timbre der Stimme bei den Sängern. (O porstavanin barry [timbre] glosu spierakow.)** *Gazeta Lekarska. No. 9. 1902.*

Der Verfasser bespricht eingehend die Bedingungen, welche zur Entwickelung der Stimme, und zwar des Timbre bei Sängern beitragen. Er beschreibt genau nach den neuesten Ansichten (Spiess und andern) die sogenannten Resonatoren der Stimme und theilt in dieser Beziehung eine wichtige Rolle dem Sinus Morgagni und der Trachea zu.

A. SOKOLOWSKI.

68) **W. A. Aikin. Die besonderen Functionen der verschiedenen Theile der Stimmritze. (The separate functions of different parts of the rima glottidis.)** *Journ. of Anat. XXXVI. p. 253.*

Verf. weist mit grossem Nachdruck darauf hin, dass nur ein Theil der gesammten Länge der Stimmlippen zur Schallerzeugung dient, da bei der Phonation der vorderste Theil der Stimmritze geschlossen ist. Es schwingt nur der äusserste Rand in der mittleren Partie des elastischen Bandes. Die Tonbildung beruht ausschliesslich auf Luftschwingungen. Die Ausführungen sind durch schematische Zeichnungen veranschaulicht.

J. KATZENSTEIN.

69) **Keneflck. Stimmbildung und ihre pathologische Hemmung. (Voice production and its pathological obstruction.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

70) **Scheptelitsch-Herzesko. Zur Sprach- und Gehörstörung hysterischen Charakters. (K nastroist. slucha i retschi ister. charactera.)** *R. m. Westnik. 1902. 5.*

Es werden 2 Fälle von hysterischer Taubstummheit mitgetheilt, von denen der eine durch Schreck hervorgerufen war. Der Ausgang war in beiden Fällen günstig. Gute Wirkung erzielte Electricität.

P. HELLAT.

71) **Raoul Le Roy. Hysterische Stummheit in der Geschichte. (Hysterical mutism in history.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1902.*

Die hier aufgezählten Beispiele haben nicht den Werth medicinischer Beobachtungen und lassen wichtige Anhaltspunkte, die zur Sicherstellung derartiger retrospectiver Diagnose nöthig wären, vermissen!

EMIL MAYER.

72) **F. X. Spranger. Die Singstimme schädigende krankhafte Einflüsse. (Pathological conditions impairing the singing voice.)** *N. Y. Medical Record. 29. März 1902.*

Verdickungen der Schleimhäute in den Nebenhöhlen der Nase spielen eine bedeutsame Rolle bei Veränderungen der Tonqualität. Durch acute Entzündung oder Hyperämie der Schleimhäute kann die Stimme beeinträchtigt, manchmal sogar im Gegentheil verbessert werden, wie die Erfahrung bei zahlreichen Sängern zeigt.

LEFFERTS.

73) **Oltuszewski. Die physische Entartung und ihr Verhältniss zu den Sprachstörungen. (Zwyrodzenie psychiczne i jego stosunek do roznych kategory zboczyn mowy.)** *Gaz. lek. 48, 49. 1901.*

Nachdem Verfasser die verschiedenen Merkmale, Ursachen und Diagnosen besprochen hat, kommt er nach genauer Analyse seines eigenen reichlichen klinischen Materials zu dem Schlusse, dass in der grösseren Procentzahl der Fälle von Stummheit, Stottern, Stammeln und nasaler Sprache die psychische Entartung eine hervorragende Rolle spielt. Aus der Statistik des Verfassers, welche auf 722 Fällen beruht (Aphasie 307, Stammeln 72, fehlerhafte Aussprache 286, nasale Sprache 57), wurde in 221 Fällen psychische Entartung construirt. In der Hälfte der übrigen Fälle wurde angeborene Taubheit und Veränderung in Articulirungsorganen in mehr als 50 pCt. der Fälle beobachtet. Die Sprachstörungen bilden also nach Verf.'s Beobachtung Hauptmerkmale der psychischen Entartung.

A. v. SOKOLOWSKI.

74) **G. Hudson Makuen. Die Sprache als diagnostischer und prognostischer Factor bei zurückgebliebenen Kindern. (Speech as a facter in the diagnosis and prognosis of backwardness in children.)** *Journal American Medical Association. 12. October 1901.*

Eine häufige Ursache für das Zurückbleiben der Kinder sind Anomalien der peripherischen Sprachorgane. Sprachcentren und Vorstellungscentren sind in so naher Beziehung, dass ein Zurückbleiben des einen auch ein solches des andern bedingt. Die beste Methode zur Beurtheilung einer zurückgebliebenen Entwicklung bei Kindern ist die Beobachtung des Sprachvermögens, dessen Ausbildung der allgemeinen Entwicklung parallel geht.

EMIL MAYER.

75) **W. Lincoln Ballenger. Einige Sprachfehler peripheren Ursprungs. (Some speech defects of peripheral origin.)** *The Chicago medical Recorder. 15. März 1902.*

Auf peripherische Ursachen von Sprachfehlern ist eine besondere Aufmerksamkeit bei Kindern in frühestem Lebensalter am Platze, zu der Zeit, wo die Sprache sich formt.

EMIL MAYER.

76) **G. Hudson Makuen. Bemerkungen über zwei Fälle von willkürlichem Larynxpfeifen. (Some notes on two cases of voluntary laryngeal whistling.)** *Journal American Medical Association. 20. April 1901.*

In dem einen Fall blieb die Art und Weise, wie das Pfeifen hervorgebracht wurde, unbestimmt. Im anderen Fall fand M., dass die Lippen der oberen Larynxöffnung gefaltet wurden, wie die Lippen des Mundes beim Pfeifen. Es werden also offenbar die aryepiglottischen Falten ebenso benutzt, wie die Lippen des Mundes beim Pfeifen und sonst, wie es scheint, keine weiteren Theile des Larynx dazu in Anspruch genommen.

EMIL MAYER.

77) **E. C. Watson. Ein Fall von Larynxpfeifen. (A case of whistling larynx.)** *Kingston (Canada) Medical Quarterly. 1902.*

Mit dem Kehlkopfspiegel sieht man während des Pfeifens eine völlige Annäherung der Aryknorpel, wobei ein ovaler Spalt zwischen den Stimmbändern bleibt, durch welchen offenbar das Pfeifen producirt wird.

EMIL MAYER.

78) **R. Botey** (Barcelona). **Die Krankheiten der Stimme bei den Sängern und ihre Behandlung. (Las enfecrmedades de la voz en cantantes y en trata-miento.)** *Revist. de Clin. Medic. de Barcelona. No. 1—5. 1900.*

Verf. theilt die Stimmkrankheiten der Sänger in 3 Gruppen ein: 1. functionelle, 2. katarrhalische, 3. organische, und setzt eingehend mit Erwähnung einiger in seiner Praxis vorgekommenen Fälle ihre Ursachen und klinische Beobachtung auseinander. Hinsichtlich der Behandlung unterscheidet B.: 1. die prophylactische, 2. diätetische, 3. orthophonische, 4. medicamentöse und 5. chirurgische.

AUTOREFERAT.

79) **Natier** und **Zund-Burguet. Ueber den vergleichenden Werth der medicamentösen und chirurgischen Maassnahmen und orthophonischer Uebungen bei der Behandlung gewisser Sprachfehler. (De la valeur comparative des procedés médicaux ou chirurgicaux et des exercices orthophoniques dans le traitement de certains vices de prononciation.)** *Revue hebd. de laryng. No. 25 22. Juni 1901.*

Verff. bevorzugen die orthophonischen Uebungen, die besonders bei zwei jungen Mädchen erfolgreich angewandt wurde, von denen die eine das s und das l nicht aussprechen konnte, die andere stets an der Stelle von l ein gutturales n setzte.

MOURE.

80) **George V. T. Brown. Chirurgische Correction von Missbildung und Sprachdefecten infolge von Hasenscharte und gespaltenem Gaumen. (Surgical correction with malformation and speech defects due to or associated with harelip and cleft palate.)** *Journal American Medical Association. 18. u. 25. Januar 1902.*

Die Operation kommt selbst in früher Kindheit da in Frage, wo eine directe Lebensgefahr durch die Missbildung eingetreten ist. Die günstigste Zeit zur Operation ist die, wo die Schneidezähne bereits hervorgekommen sind, noch bevor

das Sprechen beginnt, Die erschwerte Aussprache bei operirten Erwachsenen kann nur durch sorgfältige Uebung überwunden werden. EMIL MAYER.

81) **W. K. Simpson. Eine ungewöhnliche Art von Stammeln. (An unusual type of stammering.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Seit frühester Kindheit war Pat. nur unter grössten Schwierigkeiten im Stande zu sprechen, und in den letzten Wochen hatten sich dieselben noch bedeutend vermehrt. Bei dem Versuch zu sprechen, hielt er jedesmal die Hand vor den Mund und gähnte deutlich. EMIL MAYER.

82) **Frenzel** (Stolp). **Die pädagogische und didactische Behandlung stotternder (und stammelnder) Kinder.** *Medic.-pädagog. Monatsschr. f. d. ges. Spraehheilkde. Juli-September 1901.*

Bei der Behandlung stotternder Kinder müssen zur Beseitigung der Mitbewegungen zweckmässige Veranstaltungen getroffen werden, welche sich während der ganzen Unterrichtsdauer von der ersten Uebung an hindurch ziehen müssten. Neben dem psychischen Einfluss, der in erster Linie die Hebung des Selbstvertrauens zu berücksichtigen hat, spielen die nächst wichtige Rolle die Articulationsübungen. Zur Belebung und Erfrischung des Gemüthes mag hin und wieder ein Liedchen gesungen werden. In dem Maasse, in welchem das körperliche Wohlbefinden der Kinder gefördert wird, macht sich auch ein segensreicher Einfluss auf ihr niedergedrücktes Nervensystem und ihr Seelenleben geltend. Die Behandlung des Stammelns ist fast in allen Fällen eine viel dankbarere und lohnendere als die des Stotterns und beansprucht auch nicht so viel Zeit und Mühe.

SEIFERT.

83) **Tommasi. Hämorrhagischer Trachealkatarrh. (Catarro tracheale emorragico.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. IV. October 1901.*

Verf. bringt 5 Fälle dieser zuerst von Massei beschriebenen Affection, deren grosse practische Bedeutung darin liegt, dass durch ihr Hauptsymptom — den Bluthusten — ein Lungenleiden vorgetäuscht werden kann.

Die Diagnose wurde gestellt — nachdem durch sorgfältige Untersuchung ein Lungenleiden ausgeschlossen werden konnte, auch mehrfache Sputum-Untersuchungen ein negatives Resultat gegeben hatten — vor allem durh den positiven Befund im obersten Theil der Luftröhre: Starke Röthung und Gefässinjection in der Regio subglottica, häufig auch Ecchymosen in der Schleimhaut. FINDER.

84) **P. D. Donnellan. Der practische Werth der intratrachealen Medication The practical value of intratracheal medication.)** *Therapeutic Gazette 15. Mai 1900.*

Verf. ist von der Nützlichkeit des Verfahrens überzeugt. EMIL MAYER.

85) **W. S. Anderson. Intratracheale Injectionen bei der Behandlung der Bronchitis. (Intratracheal injections in the treatment of bronchitis.)** *The Physician and Surgeon. Februar 1902.*

Die vom Verf. bevorzugte Medication ist eine Emulsion 2 pCt. Guajakol, 5 pCt. Kampher-Menthol in Olivenöl. EMIL MAYER.

86) **T. Gurney Taylor. Ein Fall von subcutanem Emphysem durch vermuthlich diphtherische Trachealulcerationen. (Report of a case of subcutaneous emphysema due to tracheal ulceration, probably diphtheric.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. Mai 1802.*

Das Emphysem entwickelte sich gleich am ersten Tage und verschwand sehr schnell wieder.

EMIL MAYER.

87) **Juffinger. Skleromatöse Larynxstenose.** (Wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 2. März 1901.) *Wiener klin. Wochenschrift. 1901. No. 33.*

Mit diesem Falle wurde das Sklerom das erstemal bei einer Eingeborenen Tirols constatirt. Die Kranke war allerdings seit mehreren Jahren im Lande Bayern in einer Fabrik beschäftigt, in welcher aus Russland bezogenes Rohmaterial zur Verarbeitung kam.

CHIARI.

88) **Hermann v. Schrötter. Beitrag zum Studium des Skleroms der Trachea mit Bemerkungen über den Werth eines systematischen Studiums dieser Erkrankung. (Contribution à l'étude du sclérome de la trachée avec remarques sur la valeur de l'étude systematique de cette maladie en général.)** *Annales de Maladies de l'oreille. No. 3. März 1901.*

An der Hand einer derartigen Beobachtung studirt Verf. die primäre Localisation des Skleroms in der Trachea, ferner die Länder, wo diese Affection endemisch auftritt und ihre Verbreitung auf andere Regionen, und endlich die wirksamsten Maassnahmen zu ihrer Bekämpfung.

E. J. MOURE.

89) **H. v. Schrötter** (Wien). **Zur Aetiologie und Therapie tiefsitzender Stenosen der Luftröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 28. 1901.*

Eine dicht oberhalb der Bifurcation einer 47jährigen Frau sitzende, indirect und direct tracheoskopisch sichtbare hochgradige Stenosis tracheae erweist sich bei der Untersuchung excidirter Stücke nicht, wie zunächst angenommen, als Resultat eines Neoplasma malignum, sondern einer tuberculösen Wucherung. Nach Excision der stenosirenden Granulome Dilatation, resp. Verhinderung der Narbenschrumpfung durch Einbringen passend geformter Verweiltuben, die ohne Belästigung der Pat. bis 7 Stunden darin belassen wurden. Vortrefflicher Erfolg.

Verf. glaubt, dass sein Verfahren auch bei anderen stenosirenden Processen (Sklerom, luetischen Narben) mit Nutzen anwendbar ist und macht zum Schluss auf die Möglichkeit aufmerksam, eiserne Fremdkörper mit dem Magneten durch das Bronchoskop zu entfernen.

ZARNIKO.

90) **A. B. Hughes. Fremdkörper in der Lunge. Ausstossung durch parietalen Abscess. (Foreign body in the lung. Extrusion by parietal abscess,)** *Brit. Med. Journal. 30. November 1901.*

Ein 12jähriges Kind hatte eine Fruchtähre verschluckt und klagte über Schmerzen auf der Lunge rechts oben. Nach 3 Wochen bildete sich nach pneumonieartigen Krankheitssymptomen ein Abscess in der Gegend des unteren Schulterblattwinkels, durch welchen der Fremdkörper ausgestossen wurde.

A. BRONNER.



91) **O. Wild** (Freiburg i. B.). **Zwei neue bronchoskopische Fremdkörperfälle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. XII. S. 190. 1901.*

W. theilt zwei neue Fälle mit, in denen Prof. Killian Fremdkörper aus den Bronchien auf bronchoskopischem Wege entfernt hat. Der erste ist ein chronischer Fremdkörperfall bei einer graviden und tuberculösen Frau; es kam die untere Bronchoskopie (durch die Tracheotomiewunde) in Rückenlage mit hängendem Kopf in Anwendung. Im zweiten Fall, der einen 6jährigen Knaben betrifft, wurde eine vor 3 Tagen aspirirte Bohne (acuter Fremdkörperfall), die im rechten Hauptbronchus eingeklemmt war, in Narkose durch obere Bronchoskopie entfernt. — Jeder neue Fall giebt Killian Gelegenheit zur Erweiterung und Verbesserung seiner Methode und des für sie erforderlichen Instrumentariums. Seine Resultate verdienen die vollste Bewunderung!

F. KLEMPERER.

92) **J. A. Killian** (Worms). **Entfernung einer Fischgräte aus dem linken Bronchus eines 3½jährigen Kindes vom Munde aus mittelst der directen oberen Bronchoskopie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1901.*

Ver. hat die von seinem Bruder G. Killian erfundene Methode mit Glück zur Entfernung einer Fischgräte angewandt, die 12 Wochen im linken Hauptbronchus eines 3½jährigen Knaben eingekeilt verweilt hatte. Tiefe Narkose. Extractionsinstrument: ein stumpfes Häkchen.

ZARNIKO.

93) **W. T. Henderson. Fremdkörper in der Trachea. (Foreign body in the trachea.)** *American Medicine. 10. August 1901.*

Elf Tage noch Eindringen eines grossen Getreidekorns in den Larynx wurde die Operation vorgenommen. Im Beginn der Chloroformnarkose kam der Fremdkörper in die Rima glottidis und machte eine unverzügliche Tracheotomie nothwendig. Durch die Tracheotomiewunde wurde das Korn entfernt. Glatte Heilung.

EMIL MAYER.

94) **A. Geoffroy Owen** (Melbourne-Victoria). **Ein Fall von Fremdkörper im Bronchus. Tracheotomie. Heilung. (Case of foreign body in the bronchus. Tracheotomie. Recovery.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Januar 1902.*

Es handelt sich um ein 8jähriges Kind, dem ein Fruchtkern (pine seed) von ¾ Zoll Länge und ⅞ Zoll Umfang in die Luftwege, und zwar den rechten Bronchus gerathen war. Bei der wegen schwerer Apnoe ausgeführten Tracheotomie wurde er durch einen Hustenstoss durch die Wunde herausgeschleudert und das Kind genas.

A. T. BRADY.

95) **E. D. Ferguson. Eine Durham-Canüle im rechten Bronchus. (A Durham tube in the right bronchus.)** *American Medicine. 1. Februar 1902.*

Mittheilung eines Falles. Der Hauptgrund zu dieser Publication ist der, auf die Constructionsfehler der Durham'schen Canüle hinzuweisen, die auch von den besten Instrumentenmachern nicht vermieden werden.

EMIL MAYER.

96) **Piéchaud. Metallische Fremdkörper im linken Bronchus. Extraction mit dem Elektromagneten. (Corps étranger métallique dans la bronche gauche. Extraction par l'électro-aimant.)** *Académie de Médecine. 2. April 1902.*

Es handelte sich um einen $2^1/_2$ cm langen eisernen Nagel, der bei einem 3jährigen Kinde im linken Bronchus festsass.

Die Extraction geschah nach einem Monat vermittelst eines Katheters aus weichem Eisen, dessen eines Ende bis zum Contacte mit dem Fremdkörper eingeführt wurde, während das äusserste Ende mit einem starken Elektromagneten in Verbindung gesetzt wurde. Der Nagel wurde extrahirt und das Kind war nach 6 Tagen genesen.

PAUL RAUGÉ.

97) **F. Judge Baldwin. Fremdkörper im Bronchus. Tracheotomie. Heilung. (Foreign body in the bronchus. Tracheotomy. Recovery.)** *Lancet. 29. Juni 1902.*

Es handelt sich in dem Fall um zwei kleine Splitter einer Nussschale, die im rechten Bronchus sassen.

A. BRONNER.

98) **Harris F. Brownlee. Ein vier Monate lang in der Trachea eines 13 monatlichen Kindes festsitzender Fremdkörper. (Foreign body lodged for 4 months in the trachea of a 13 months old child.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1901.*

Bei wachsender Dyspnoe wurde eine Eröffnung der Trachea durch den Ringknorpel hindurch vorgenommen. Nach Entfernung eines Fremdkörpers weiter unten in der Trachea fand sich daselbst eine derartige Stenose infolge secundärer entzündlicher Verwachsungen, dass eine Tracheotomiecanüle eingelegt werden musste. Die Canüle blieb 2 Tage liegen und darnach war die Stenose behoben, so dass die Wunde geschlossen werden konnte. Der Fremdkörper war ein Stück Kohlenasche von ca. $^1/_4$ Zoll Dicke und $^1/_2$ Zoll Länge. Die Genesung verlief ungestört.

LEFFERTS.

99) **P. Haglund Fremdkörper in der Trachea. Entfernung durch Tracheotomie. (Foreign body in the trachea. Removed by tracheotomy.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1901.*

Es handelt sich um einen $2^3/_4$ Jahre alten Knaben, der eine Erbse verschluckt hatte; 2 Tage nach der Tracheotomie, in dem Augenblick, als die Canüle, die eine Zeit lang herausgenommen war, wieder eingelegt wurde, wurde der Fremdkörper durch einen Hustenstoss herausbefördert. Darnach trat schnelle Heilung ein.

LEFFERTS.

100) **W. Bamber. Fremdkörper im rechten Bronchus eingekeilt. (Foreign body impacted in the right bronchus.)** *Brit. Med. Journal. 13. Juli 1902.*

Ein 59jähriger Mann litt an Bronchitis, nachdem er etwa eine Woche vorher einen Kaninchenknochen verschluckt hatte. Es trat ein heftiger Schmerz hinter dem Sternum und Fieber auf. Es kam zur Bronchopneumonie und die Bronchitis dauerte noch 4 Monate, bis eines Tages der Fremdkörper — 1 Zoll: $^1/_4$ Zoll gross — ausgehustet wurde. Heilung.

A. BRONNER.

101) T. W. Gleitsmann. **Trachealer Tumor per vias naturales entfernt. (Tracheal tumor removed per vias naturales.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Es handelt sich um die Entfernung eines Sarcoms mit der Thermocauterschlinge.

EMIL MAYER.

102) **Barger. Beitrag zur Tracheoplastik. (Przyczynek do plastyki ubytków tchawicy.)** *Przeglad lek. No. 42. 1901.*

Es wird vom Verfasser zur Tracheoplastik die Haut von beiden seitlichen Theilen der tracheotomischen Wunde benützt.

Die Details der Operation werden mit entsprechenden Zeichnungen illustrirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

103) **V. Schaldemose** (Kopenhagen). **Ein Fall von Bronchialdrüsentuberkulosis mit Perforation in den Bronchus, geheilt mittelst Tracheotomie. (Et Tilfaelde af Bronchialglandeltuberculose med Perforation til Bronchus, heebreded ved Tracheotomi.)** *Hospetals Tidende. 28. Mai 1902. p. 561.*

4jähriges Kind wurde am 25. Mai 1900 in das Spital aufgenommen mit der Diagnose: Tumor regionis subglottica. — Es ist fieberfrei, in der Ruhe merkt man keine Dyspnoe, aber sobald es sich bewegt, tritt starke Dyspnoe ein. Die Krankheit besteht seit 5 Monaten. — 27. Mai Tracheotomia superior ohne Wirkung, bei der Respiration wurde dasselbe schnarrende Geräusch, wie vor der Operation, gehört. Die Respiration wurde doch allmählich soweit besser, dass man am Ende Juli die Canüle entfernen konnte. Das Kind war damals scheinbar vollständig wohl, ohne Kurzathmigkeit oder Husten, aber nach $2^1/_2$ Tagen trat eine bedeutende Dyspnoe in Folge eines Hustenanfalles ein; Einlegen einer gewöhnlichen Canüle half nichts, erst als ein elastischer Katheter in die Trachea eingeführt war, wurde die Dyspnoe gehoben. Versuche, am 4. August den Katheter zu entfernen, rufen einen starken Anfall von Dyspnoe hervor, weshalb die Trachea in Narcose gespaltet wird. Eine Zange wird nach der Bifurcation geführt, wobei ein Fremdkörper mit grosser Kraft herausgeschleudert und die Respiration vollständig frei wird. Mikroskopisch zeigt dieser Körper sich aus käsigem Drüsengewebe und Tuberkelbacillen bestehend. — Am 2., 8. und 9. Tag nach der Operation traten wieder ernsthafte Erstickungsanfälle ein, die nach Aushusten käsigerMassen wieder verschwanden. — Seither vollständig gesund. — Am 1. Sept. wurde das Kind geheilt aus dem Spitale entlassen.

SCHMIEGELOW.

f. Schilddrüse.

104) **Lundborg** (Upsala). **Ueber die Folgen fast totaler Strumectomien. Ein Beitrag zur Lehre von der Tetanie.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. XXI. H. 3 u. 4. S. 227. 1902.*

Verf. hat in einem Falle nach Entfernung der Gland. thyreoid. chronische Tetanie beobachtet.

J. KATZENSTEIN.

105) **Jerome A. Charlton. Ueber Frequenz und Vertheilung der Struma auf der Insel Montreal. (On the frequency and distribution of goitre in the island of Montreal.)** *Montreal Med. Journal. August 1901.*

Titel besagt den Inhalt. Bezüglich der Details sei auf das Original verwiesen.

EMIL MAYER.

106) **Joseph Seiler. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit unter specieller Berücksichtigung der Natriumphosphate. (The treatment of exophthalmic goitre with special reference to the use of sodium phosphate.)** *Therapeutic Monthly. September 1901.*

In Fällen, in welchen die Operation aus irgend einem Grunde nicht räthlich erscheint, ist nach der Meinung des Verf.'s das Natriumphosphat zur Zeit das beste Mittel zur Erleichterung des Kranken.

EMIL MAYER.

107) **Harald Seidelin** (Kopenhagen). **Ein Fall von malignem Tumor in der Glandula thyreoidea mit Untersuchung der Hypophysis cerebri. (Et Tilfälde af malign Tumor i Gl. thyreoidea med Undersögelse af Hypophysis cerebri.)** *Hospetals Tidende. 14. Mai 1902.*

Von der sehr ausführlichen Krankengeschichte und dem Sectionsbefund soll nur Folgendes hervorgehoben werden: Bei einem 14jährigen Mädchen war zufälliger Weise eine Schwellung an dem Halse bemerkt. Nachdem die Geschwulst, die sich als eine vergrösserte Schilddrüse herausstellt, während 4—5 Wochen bedeutend gewachsen ist und die letzten 3 Wochen Symptome einer Trachealstenose hervorruft, werden diese Symptome eines Tages so heftig, dass die Pat. tracheotomirt werden muss, nachdem man zuerst vergebens Versuche gemacht hatte, den Tumor zu exstirpiren. — 3 Tage nach der Operation tritt der Tod ein. — Es zeigte sich bei der Section eine bedeutende maligne Struma (Sarcom?), die die Trachea comprimirt, sowie Metastasen in den mediastinalen Drüsen und den Lungen; Hypophysis cerebri war vergrössert.

E. SCHMIEGELOW.

108) **August Jerome Lartigau. Sarkom der Schilddrüse. (Sarcoma of the thyroid gland.)** *American Journal Medical Sciences. August 1901.*

Bei einer 44jährigen Frau wurde wegen Sarcom der Schilddrüse die Operation ausgeführt. 18 Tage darnach trat der Tod ein. Es werden genauere Angaben über den entfernten Tumor sowie über die Autopsie gemacht. Verf. hat 55 Fälle gesammelt und berichtet darüber. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Primäres Sarcom der Schilddrüse ist selten, aber vermuthlich häufiger als aus der Statistik hervorgeht. Es ist jedenfalls seltener als primäres Carcinom der Schilddrüse. Gewöhnlich ist es mit Struma vergesellschaftet. Fälle im Alter von 40—60 Jahren weisen in höherem Procentsatz voraufgehende Struma auf als jüngere Leute. Struma mit Sarcom ist viel häufiger bei Frauen als bei Männern. Sarcom der Thyreoidea tritt häufiger im späteren als im jüngeren Alter auf, am häufigsten zwischen 40 und 60 Jahren. Das Geschlecht ist wohl kein wichtiger Factor in seiner Entwicklung. Der primäre Tumor entspringt am häufigsten im rechten Schilddrüsenlappen. Der klinische Verlauf scheint ein ziemlich acuter zu

sein. Trachea und Larynx werden gewöhnlich durch Druckwirkung oder Uebergreifen der Neubildung in Mitleidenschaft gezogen. Die Metastasen wandern auf der Blut- und Lymphbahn oder auf beiden. Am häufigsten sind Rund- und Spindelzellen- sowie gemischtzellige Sarcome. Angiosarcome sind nicht selten.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

109) **Colleville. Angeborene Missbildung des Oesophagus. (Malformation congénitale de l'oesophage.)** *Gaz. des Hôpitaux de Toulouse. 1902. No. 5. p. 33.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

110) **M. G. Knapp. Bericht über 5 Fälle von Ulcus oesophagi, diagnosticirt als Lungentuberkulose. (Report of five cases ulcer of the oesophagus, diagnosed as pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 1. März 1902.*

Wegen der Krankengeschichte ist auf das Original zu verweisen.

LEFFERTS.

111) **A. R. Colvin. Münze im Oesophagus während 5 Monaten. (Coin in the oesophagus for 5 months.)** *St. Paul Medical Journal. Juni 1902.*

Es handelt sich um ein Centstück, das unter Leitung der Röntgenstrahlen in der Aethernarcose mit dem Münzenfänger extrahirt wurde. EMIL MAYER.

112) **Glinski. Ueber gemischte polypenartige Geschwülste im Oesophagus. (O poliporatych norotrorach mieszanych przelyku.)** *Przeglad Lekarski. No. 11, 12. 1902.*

Bei einem 68jährigen Kranken, welcher seit längerer Zeit Erscheinungen der Oesophagusstenose darbot und an progressiv zunehmender Schwäche starb, wurde bei der Section im unteren Drittel des Oesophagus eine Geschwulst von Hühnereigrösse gefunden. Dieselbe entsprang von der vorderen Wand des Oesophagus. Die Geschwulst hatte eine weiche Consistenz und bot an der Oberfläche einen geringen Zerfall. Die histologische Untersuchung ergab eine ziemlich complicirte Structur und zwar wurden Fasern von Bindegewebe, weiter myxomatöse Herde, quergestreifte Muskelfasern gefunden. Hauptbestandtheile der Neubildung bildeten verschiedenartige Zellen (runde, ovale, spindelförmige, Riesenzellen etc.).

A. v. SOKOLOWSKI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **C. Chauveau. Der Pharynx, Anatomie und Physiologie. (Le pharynx, anatomie et physiologie.)** 1. Bd. 8. 405 Seiten. 105 Figuren im Text. Paris 1901.

Dieser Band, der nur Anatomie und Physiologie des Pharynx behandelt, stellt den ersten Theil einer vollständigen Bearbeitung der Pharynxkrankheiten dar.

Das Capitel über Anatomie des Pharynx enthält die historische Entwicklung, seine vergleichende Anatomie bei den Vertebraten, seine embryonale und kindliche Entwicklung und endlich die eigentliche Organstructur. Jedem Capitel ist eine vollständige Literaturangabe beigegeben. Ein anatomisches Werk lässt sich schwer im Detail besprechen, und man muss sich daher auf die Besprechung der allgemeinen Anlage dieser Studien beschränken, deren complicirtere Details durch wohlgelungene, zum grössten Theil vom Verf. selbst gezeichnete Illustrationen erläutert werden.

Auch die Physiologie umfasst zunächst ein geschichtliches Capitel und giebt eine kritische Analyse der verschiedenen älteren Anschauungen über Deglutition, Phonation, Secretionen u. s. w. Die vergleichende Physiologie ist nicht so ergebnissreich wie die vergleichende Anatomie. Verf. erwähnt die darüber vorliegenden Arbeiten und entwickelt schliesslich die Theorien, die er zur Erklärung der Function des Rachens acceptirt hat.

Ein Capitel über pathologische Physiologie verdient Erwähnung: es handelt über die Vertheidigungsmaassregeln, die dem Organismus durch den Pharynx gegeben sind und zwar in anatomischer wie in physiologischer Hinsicht (Secretion, Phagocytose etc.). A. Cartaz.

---

b) Amerikanische Laryngologische Gesellschaft.

23. Jahresversammlung,

gehalten zu New Haven, Conn. 27.—29. Mai 1901.

Vorsitzender: L. Swain (New Haven).

I. Sitzung: Montag den 27. Mai.

Die Sitzung wurde in Dwight Hall, Yale University, abgehalten und der Präsident Arthur T. Hadley-Yale bewillkommte die Versammlung.

L. Swain: Die Laryngologie und ihre Stellung im medicinischen Unterricht: Vortr. begann seine Ansprache mit einer Darlegung der grundlegenden Veränderungen, die in der Medicin seit der Constitution der Gesellschaft im Jahre 1878 vor sich gegangen ist, und erörtert die Frage, wie viel Zeit auf das Studium von Specialfächern verwandt werden soll. Wenn auch die Nothwendigkeit des Lehrvortrages heute bestritten werden kann, so muss man sich auch wieder andererseits klar machen, dass die weite Ausdehnung unserer Kenntnisse es für den Lehrer unerlässlich macht, dem Studirenden eine ausgewählte Folge von Vorträgen darzubieten. Der beständige, rasche Wechsel unserer Wissenschaft verlangt eine derartige Unterrichtung und zwingt den Unterrichtenden kurz, interessant und gründlich vorzutragen.

Jonathan Wright (Brooklyn): Ein Blatt aus der alten Geschichte über die Anatomie des Nasenkatarrhs. Berichte über diese Erkrankung sind so alt, wie die menschliche Rasse. Die Kenntnisse von der Anatomie der Nase waren in früheren Zeiten freilich recht dürftige, wie aus einem Buch ungefähr aus dem Jahr 1500 hervorgeht, in dem behauptet wird, es gäbe 4 Gefässe in

der Nase, zwei für das Blut und zwei für den Schleim. Herodot beschreibt ein Verfahren die Gefässe im vierten Lebensjahr zu brennen, um im späteren Leben dem „Rheumatischen Fluss" vorzubeugen. Wenn er heute noch lebte, wäre er gewiss erstaunt, zu erfahren, dass manche Aerzte dieses Verfahren noch heute auf die Gewebe in Anwendung bringen und davon wunderbare Heilerfolge berichten. Hippokrates hat sicher die Beziehungen von Nasenerkrankungen zu Magenstörungen gekannt, denn in einer seiner Schriften sagt er: dass häufig Störungen des Leibes im Anschluss an Schleimfluss von der Nase herab vorkommen. In alten Zeiten war eine geläufige Vorstellung die, dass die Nase die Cloake des Gehirnes sei. Galen sagt, dass jedes Nasenloch aus zwei Hälften besteht, von denen die eine zum Munde, die andere zum Gehirn führe. Er glaubt, dass der dicke Ausfluss durch den „siebartigen Knochen" abfliesse, während die mehr dampfförmigen durch die Nähte passiren. Theophilus erkannte im 7. Jahrhundert die Bedeutung der Geruchsnerven. 900 Jahre später bestritt ein Professor der Anatomie in Bologna, der ein lucratives Geschäft mit der Heilung der Geistlichkeit von der Syphilis mittelst seiner neuen Quecksilberbehandlung betrieb, dass der Ausfluss die Siebbeinplatte passire. Willis nnd seine Zeitgenossen wandten sich gegen die Irrlehre, dass die Nerven hohl seien und Flüssigkeiten führen sollten.

Schneider stellte sich vor, dass der Nasenausfluss von der Schleimhaut selber herkomme, und nicht vom Gehirn; er erwähnt aber Schleimdrüsen überhaupt gar nicht.

A. Coolidge: Asymmetrie der Nasenhöhlen. Die Hypertrophie entwickelt sich vorzugsweise auf der Seite, die am meisten offen ist. Vortr. findet keine genügenden Beweise für die Beziehung der Muscheln zu Septumdeviationen. In vielen Fällen verhielten sich die Muscheln in den verlegten Nasenhöhlen normal. Man hat Septumdeviation als Folge von Muschelhypertrophieen angesehen, aber ohne Grund. Andere Autoren glauben nicht an eine Abhängigkeit dieser beiden Factoren von einander, aber sehen sie beide als Folge einer allgemeinen Asymmetrie an. Zweifellos sucht die Natur die beiden Luftwege annähernd gleich zu gestalten und das Knochengerüst passt sich seiner Function an. Wenn irgend wo in den Geweben eine Asymmetrie herrscht, muss Asymmetrie der Nachbargewebe eine physiologische Folge davon sein.

A. A. Bliss (Philadelphia) macht auf die Bedeutung der Entwickelung der Processus palatini des Oberkiefers bei der Entstehung einer Asymmetrie der Nasenhöhlen aufmerksam.

Emil Mayer (New York) ist der Ansicht, dass der Mangel eines genügenden Luftstroms schon eine übermässige Entwicklung der Muschel auf der deviirten Seite begünstigt. Die Correction des knorpeligen Septums macht daher oft Eingriffe an den Muscheln überflüssig.

E. L. Shurley (Detroit) theilt die Asymmetrieen der Nase ein in 2 Klassen, 1. in solche, wo die Asymmetrie postnasal und accidentell ist, in Folge von pathologischen Veränderungen, und 2. in solche, wo sie sich von selbst entwickelt. Ein wichtiger, oft übersehener Factor sind schwere Anstrengungen auch höherer

Stände sowie der häufige und oft ungerechtfertigte Gebrauch der geburtshülflichen Zange.

D. Bryson Delavan (New York) ist der Ansicht, dass der mangelhafte Luftstrom eine der Hauptursachen der Asymmetrie sei.

H. L. Swain (New Haven) bemerkt, dass die von aussen einwirkende Gewalt als Factor nicht übersehen werden dürfe.

A. A. Bliss: Die supralabiale Operation (nach Harrison Allen) der Verbiegung des Nasenseptums. Wo die Nase nicht überhängt und der äusserste Punkt der Verbiegung sich noch oberhalb der Spina nasalis anterior findet, da besteht auch eine Verbiegung des Vomer sowohl in horizontaler wie verticaler Richtung. Die grosse freie Fläche der Cartilago triangularis liegt dann grade oberhalb der Spina nasalis anterior superior. Eine Gewalt, die von aussen her diesen Knorpel in verticaler Ebene zu drehen versucht, müsste auch eine Drehung der Spina nasalis anterior mit sich bringen und in geringerer Ausdehnung auch des vorderen Theiles des Vomer. Dr. Harrison Allen's Operation, das Resultat gründlicher klinischer und anatomischer Untersuchungen, besteht in gänzlicher Durchtrennung des Knorpels direct über der Crista maxillaris, so dass der vordere Theil des Septums frei beweglich wird. Mit einem schmalen scharfen Bistouri durchtrennt man das Frenulum der Oberlippe. Dann wird ein schmaler. starker Meissel durch die Wunde hindurchgeführt und sorgsam in der Medianlinie nach oben getrieben, bis die Crista maxillaris erreicht ist. Nunmehr wird die Schnittfläche des Meissels direct gegen die Crista gerichtet und mit einigen Hammerschlägen durch die Spina nasalis anterior hindurchgetrieben. Nach vollständiger Durchtrennung der Crista maxillaris wird ein Finger in das verschlossene Nasenloch eingeführt und das Septum so weit als nöthig nach oben gedrängt. Eine Hartgummicanüle dient als Stütze und bleibt etwa so lange liegen, wie bei der Asch'schen Operation. Dann werden während zwei oder drei Tagen Kaltwasserumschläge auf Lippe und Nasenrücken applicirt, wobei der Kranke Bettruhe einhält. Gleichzeitig werden Reinigungssprays von alkalischen Lösungen angewandt. Die Operation wird in leichter Aethernarkose ausgeführt. Die Blutung ist gering und unter den Umschlägen bleibt die Schwellung sehr mässig. Unregelmässigan der Verbindungslinie zwischen Vomer und Cartilago triangularis werden bei der Einrichtung des Septums gleichzeitig mitentfernt, oder auch nachträglich in Cocainanästhesie. Dieses Operationsverfahren, dass bei einer grossen Zahl von Fällen mit bestem Erfolg in Anwendung kommt, ist unter Aerzten so gut wie unbekannt.

H. L. Wagner (S. Francisco): Eine radiographische Studie. Vortr. demonstrirt ein Radiogramm, das ihn bei der Entfernung eines Metallstückes aus dem Oesophagus eines 5jährigen Kindes unterstützt hatte.

J. Edwin Rhodes (Chicago) berichtet von einem Fall, in welchem die Anwendung von Röntgenstrahlen und Fluoroskop das Erfassen eines im Oesophagus eingeklemmten Geldstückes ermöglichte, das vorher nicht zu fassen war.

D. Bryson Delavan theilt mit, dass es ihm und W. T. Bull unter Füh-

rung der Röntgenstrahlen gelungen sei, ein 5 Cent-Stück aus dem Halse eines kleinen Kindes zu entfernen.

Jonathan Wright (Brooklyn) bespricht einen Fall, in welchem ein Brooklyner Chirurge sich gleichfalls bei der Führung der Zangenspitze vom Röntgenbild leiten liess.

A. W. de Roaldes (New-Orleans) befürwortet eine häufigere Anwendung des Oesophagoskops bei der Entfernung von Fremdkörpern.

H. L. Wagner: Epipharyngealer Tumor. Vortr. spricht über die Beobachtung eines derartigen Tumors bei einem Knaben.

J. E. Rhodes (Chicago): Schanker der Tonsille. Vortr. führt aus, dass er beim Verfolgen der Statistik betreffend dieses Themas erstaunt war über das so häufige Vorkommen unbewusster syphilitischer Infection der Tonsillen. Zungenspatel, Zahninstrumente und derartiges übertragen nicht selten die Infection. Vortr. demonstrirt mehrere Abbildungen und eine tabellarische Zusammenstellung über 31 bisher nicht publicirte Fälle von Tonsillenschanker. Die meisten waren ihm von Mitgliedern der gegenwärtigen Versammlung zur Verfügung gestellt. Seine Schlussfolgerungen lauten: 1. Tonsillenschanker wird oft nicht diagnosticirt. 2. Vergrösserung und Induration der Tonsillen bei oberflächlicher Ulceration, Schwellung und Induration der benachbarten Submaxillardrüsen, Erfolglosigkeit längerer Behandlung machen die Diagnose des Tonsillenschankers wahrscheinlich. 3. Der Charakter des Schankers hängt ab von der Beschaffenheit der Tonsillen und dem gleichzeitigen Bestehen von Mischinfectionen. 4. Eine sichere Diagnose lässt sich vor Auftreten der Allgemeinerscheinungen nicht stellen. 5. Die Erkrankung ist nicht schwerer als ein Schanker an anderen Körperstellen. 6. Sie entsteht durch directe Uebertragung des Virus. 7. Sie soll als ernste Mahnung dienen die Instrumente peinlich sauber zu halten und 8. sollte der Patient sorgfältig auf diese Gefahren hingewiesen werden.

J. H. Bryan und J. W. Farlow bestätigen an der Hand einiger Fälle die Schwierigkeit der Diagnose.

W. K. Simpson ist erstaunt über die grosse Zahl von Fällen dieser Infection, die der Vortr. mitgetheilt hat, während dieselbe an den grossen New-Yorker Krankenhäusern beinah unbekannt sind.

E. Mayer betont, dass die gewöhnliche Sterilisation durch Hitze offenbar zur Vernichtung des Virus nicht ausreicht und daher andere Sterilisationsmethoden zu bevorzugen seien.

D. Broyson Delavan berichtet, dass er einige Fälle von Schanker der Tonsillen zu beobachten Gelegenheit hatte und dass das Krankheitsbild dabei allemal ein ungewöhnlich schweres gewesen sei. Er spricht die Hoffnung aus, dass der Aerztestand sich bemühen werde, das Laienpublicum über die Infectiosität der Erkrankung aufzuklären.

G. A. Leland (Boston) betont, dass die Tonsillenschanker seiner Beobachtung sich allemal durch ein intensives rothes Aussehen ausgezeichnet haben. Ein Opalescenz vermochte er nur zu beobachten bei secundären Infectionen der Tonsillen.

W. E. Casselberry: Schwere Erkrankung der Kieferhöhle und Mittheilung von 2 Fällen. Chronischer Katarrh der Nebenhöhlen kann zu Polypen, Cysten, Osteophyten und serösen Exsudaten führen. Die drei erstgenannten Folgezustände können auch bei eitriger Nebenhöhlenentzündung vorkommen. Die Bezeichnung Mucocele wird zwar auch zuweilen für seröse Ergüsse im besonderen aber bei mucoidartigem oder halbfestem Inhalt angewandt.

Nach einer Besprechung der Litteratur referirt Vortr. zwei Fälle, von denen der eine eine acute Nebenhöhlenentzündung mit schleimig-seröser Absonderung, der andere eine chronisch-seröse Entzündung darstellte.

Im ersten Fall trat einige Monate nach der Entfernung von recidivirenden Polypen eine acute Erkältung ein und bei der Probepunction ergab sich eine Flüssigkeit, die zwar kein Cholestearin enthielt, aber Leukocyten und reichlich Eiweiss. Dieselbe wurde entleert und Curettement vorgenommen. Danach trat dauernde Heilung ein.

Im zweiten Eall handelt es sich um eine 62jährige Frau, bei der von Zeit zu Zeit Polypen entfernt worden waren. Es wurde die Resection der mittleren Muschel ausgeführt und durch Probepunction seröse Flüssigkeit in der rechten Kieferhöhle festgestellt. Desgleichen bei den 6 folgenden Probepunctionen. Die chemische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Serumalbumin in der Flüssigkeit, etwa $^1/_8$ pCt., und Spuren von Mucin. Die erste bacteriologische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Bacterium coli, die zweite einige Mikroorganismen, aber keine bestimmte Formen. Impfungsversuche auf Thiere ergaben ein negatives Resultat. Vortr. betont, dass jeglicher Hinweis auf das Bestehen zahnhaltiger Cysten am Zahnfleisch fehlte. Wenn auf der linken Seite überhaupt eine Cyste bestanden hat, muss sie sich nach einmaliger Punction nicht mehr von Neuem gefüllt haben. Ihr Inhalt verhielt sich wie Cysteninhalt, ausgenommen, dass er keine Cholestearinkrystalle enthielt. In den beiden Fällen hatte die Durchleuchtung kein entscheidendes Resultat geben können.

Emil Mayer (New York): Empyem der Highmorshöhle bei jüngeren Kindern. Dass diese Erkrankung in der Litteratur eine so grosse Seltenheit darstellt, beruht allem Anschein nach auf der schwierigen Diagnose, der Ungleichmässigkeit der Symptome und der stiefmütterlichen Behandlung dieser Erkrankung in den Lehrbüchern. Um so interessanter dürfte sie für den Rhinologen sein. In der Litteratur existiren ungefähr ein Dutzend derartiger Fälle. Vortr. berichtet über einen Fall, den er an einem $2^1/_2$jährigen Kinde beobachtete. Dasselbe wies an Symptomen auf eine Umstülpung des rechten unteren Augenlides, eine Fistelöffnung an der rechten Wange, aus der Eiter hervorkam, und ein penetranter Geruch aus dem gleichseitigen Nasenloch. Der Fistelgang war für eine kleine Sonde passirbar, führte nach abwärts in eine geräumige Höhle, in der man nekrotischen Knochen fühlte. Der Eiter enthielt massenhaft Streptokokken und Staphylokokken, aber weder Klebs-Löffler'sche noch Diphtheriebacillen. Es wurde die Diagnose auf Abscess der Highmorshöhle mit diphtherischer Infection gestellt, operirt und damit Heilung erzielt.

W. B. Platt (Baltimore) hatte dem Vortr. noch einen weiteren Fall zuge-

führt. In der Litteratur finden sich noch 6 derartige Fälle, die alle auf Infection zurückzuführen sind. Es fragte sich, ob man diese Fälle als einfache Caries, Tuberkulose oder Osteomyelitis ansehen soll. Verschiedene Autoren haben bacteriologische Untersuchungen angestellt, so Moritz Wolff in Deutschland und R. Mills Pierce. Vortr. hält es für zweifellos, dass das Empyem der Highmorshöhle bei Kindern nicht nur auf Caries, Tuberkulose oder auch Osteomyelitis beruhen kann, sondern auch auf jedweder Infection, wie auch beim Erwachsenen. Dass so wenig Fälle im Leben diagnosticirt werden, rührt wohl daher, dass die Sterblichkeit gross ist und Kinder den Schmerz so wenig zu localisiren wissen. Bei allen beobachteten Fällen waren die Symptome immer die gleichen: Fistel unter dem Auge, Eitersecretion, Ektropion, einseitiger, übelriechender, eitriger Ausfluss aus der Nase, nekrotischer Knochen. Sorgfältige Untersuchung, besonders bei Nasendiphtherie mit Bacillen, ermöglichen die Erkennung derartiger Fälle. Incision, Curettement und gründliche Drainage pflegen gewöhnlich zu völliger Heilung zu führen.

J. H. Bryan (Washington): Abscess der Stirn-, Siebbein- und beider Keilbeinhöhlen mit ausgedehnter Knochennekrose bei gleichzeitigem Adenom der hinteren Siebbein- und Keilbeinhöhlen. Vortr. berichtet über einen derartigen Fall, in welchem die Incision von aussen ausgeführt wurde, ein Lappen von Weichtheilen und Periost gebildet wurde und ein Knochenstück direct oberhalb dem Supraorbitalrand enfernt wurde. Der Sinus fand sich mit Eiter und Granulationsgewebe erfüllt und die Sonde kam auf erkrankten Knochen. Linkerseits bestand eine freie Communication zwischen Stirnhöhle und Nase. Die Partien wurden durch Irrigation gereinigt, die Wundränder vereinigt und mit Collodium verklebt. Nach Verlauf eines Monats war eine befriedigende Heilung eingetreten, so dass die Patientin wieder in ihre Heimath zurückkehren konnte und nicht mehr von ihren Kopfschmerzen zu leiden hatte. In diesem Sommer zog sie sich eine schwere Erkältung zu mit Röthung und Schwellung, die den Abfluss aus der Nase verhinderte. Der behandelnde Arzt incidirt die Schwellung, wobei sich Eiter entleerte. Dadurch wurde zwar etwas Erleichterung geschaffen, aber der Eiterausfluss dauerte fort, als Vortr. im Herbst die Patientin wieder zu Gesicht bekam. Es wurden nun tägliche Irrigationen der Stirnhöhle und Drainage eingeleitet, aber ohne Erfolg, so dass man abermals zur Eröffnung der Stirnhöhle schreiten musste. Dieselbe fand sich von Granulationen und Eiter in den abhängigen Partien erfüllt. Es bestand also eine ausgedehnte Siebbeinerkrankung. Das erkrankte Gewebe wurde nach Möglichkeit entfernt. Ein Monat später traten plötzlich sehr heftige Kopfschmerzen auf, die theilweise durch Entleerung retinirten Eiters aus den Siebbeinzellen gehoben wurden. Es wurde nun Jodkalium verabreicht, aber gleichfalls ohne Erfolg. Es wurde sogar eine dritte Operation wegen drohenden Orbitalabscesses nothwendig, und nunmehr stellten sich Schwindel und Diplopie ein. Nach 4 Monaten machte sich ein ziemlich fester Tumor bemerklich, der von der hinteren Siebbein- und Keilbeinregion ausging. Als die Keilbeinhöhle geöffnet wurde, entleerte sich stinkender Eiter. Gegenwärtig besteht noch eine Eiterung in beiden Keilbeinhöhlen. Die schnelle Ent-

wicklung der Geschwulst vereitelte eine ausgiebige Drainage. Bei zweimaliger bacteriologischer Untersuchung des Ausflusses fanden sich nur Staphylokokken. Ein übler Ausgang der Erkrankung scheint beinahe unvermeidlich.

Zweiter Sitzungstag. Dienstag, den 28. Mai.

John O. Roe (Rochester): Reflectorische Epilepsie durch nasale Erkrankung, erfolgreich beseitigt durch Behandlung der letzteren. Brown-Sequard hat bereits gezeigt, dass Epilepsie durch künstliche Erregung der peripheren Nerven fast von jeder Stelle des Körpers aus hervorgerufen werden kann. Vortr. berichtet von einigen Fällen, für die der folgende ein gutes Paradigma abgiebt: Ein 11jähriges Mädchen litt an hartnäckiger Verstopfung der Nase und seit dem 6. Lebensjahre an schweren epileptischen Anfällen, die zeitweilig 10—24mal am Tage auftraten. Die Anfälle wurden mit der Zeit immer schwerer und häufiger. Beide Nasenhöhlen und der Rachen waren völlig mit adenoiden Wucherungen erfüllt. Dieselben wurden entfernt und in den darauf folgenden 3 Monaten war nun der Zustand sichtlich erheblich gebessert, nach der Aussage der Familie.

A. A. Bliss (Philadelphia): Gerade in Anbetracht dessen, dass die Aerzte im Allgemeinen, sowie die Nervenärzte derartige reflectorische Ursachen für die Epilepsie nicht gerne anerkennen, ist es wünschenswerth, dass zuweilen an die engen Beziehungen zwischen Nase, Sympathicus und Kreislauf erinnert werde.

J. N. Mackenzie (Baltimore) behandelt die Frage vom geschichtlichen Standpunkt aus und A. W. Watson und A. W. Roaldes berichteten von charakteristischen Fällen.

Die Narkose bei Operationen an Nase und Hals war Gegenstand einer besonderen Discussion.

J. W. Gleitsmann (New-York): A.-C.-E.-Mischung und Aethylbromid bei adenoiden Operationen. Vortr. giebt einen rein klinischen Beitrag zu dieser Frage. Er hat mehrere Jahre lang die A.-C.-E.-Mischung angewandt und auch glücklicherweise keine trüben Erfahrungen damit gemacht. Gewöhnlich narkotisirte er die Kinder damit in liegender Stellung und brachte sie dann in aufrecht sitzende Stellung zur Operation. Seit 1894 bedient er sich des Bromäthyls. Dasselbe muss vor allen Dingen rein sein. Zu länger dauernder Narkose taugt es nicht. Die meisten giessen zuerst ca. 10 g auf die Maske und geben dann im Ganzen 30—40 g. Vortr. hat in wenigstens 500 Fällen Bromäthyl angewandt und war nur zweimal genöthigt, die Narkose wegen übler Zufälle zu unterbrechen. Seine Operationsmethode ist folgende: Ein Assistent hält das Kind, ein zweiter verabfolgt das Bromäthyl. Operation im Dunkelzimmer bei künstlicher Beleuchtung wird bevorzugt. Die Maske schliesst Mund und Nase völlig von der Aussenluft ab. Zur Entfernung der Adenoide dient erst die Zange und dann die Curette. Das Instrument wird 4—5mal in den Pharynx eingeführt. Der Kopf wird während der Operation nach unten gehalten, um den Blutabfluss zu erleichtern. Das Eindringen von Blut in den Larynx wurde niemals beobachtet.

F. E. Hopkins (Springfield, Mass.): Stickoxydul, Chloroform und Aether. Aether ist ausserordentlich zuverlässig und Stickoxydul für den Patienten angenehm. Am zweckmässigsten ist die Combination von Stickoxydul und darnach Aether. Die Bevorzugung des Stickoxyduls in England ist auf eine Reaction gegen das Chloroform zurückzuführen. Die Stickoxydulnarkose ist in manchen Fällen zur Ausräumung des Pharynx zu kurz, besonders bei Kindern, und ist immer unsicher. Wenn die Blutung nach dem Larynx zu statthat, ist eine Narkose immer riskant. Der Chloroformtod tritt oft ohne Vorboten ein, und zwar im Beginn der Narkose. Währeud eines Jahres hat Vortr. die Chloroformnarkose bei seinen Operationen mit allen Cautelen ausführen lassen, ist aber wieder davon abgekommen, seitdem er dabei einen Todesfall bei einem Kinde zu verzeichnen hatte. Vortr. bevorzugt den Aether. Auch die Anwendung des Aethers per rectum ist schon mit Erfolg versucht worden, aber man hat andererseits auch schweren Meteorismus, Diarrhoe und sogar Melaena darnach auftreten sehen.

J. N. Mackenzie (Baltimore) bedient sich des Bromäthyls in Privat- und Spitalpraxis seit 1887. Er hat dabei nur einen Unfall erlebt. Es darf nur nicht mit Luft vermengt gegeben werden und hinterher soll ein Stimulans verabfolgt werden.

W. E. Casselberry (Chicago) wendet seit 15 Jahren bei seinen Adenoidoperationen zunächst einige Tropfen der A.-E.-C.-Mischung an und hinterher Aether. Bromäthyl liess ihn zuweilen im Stich. Für kurzdauernde Eingriffe eignet sich Stickoxydul am meisten. Neuerdings verlängert er die Stickoxydulnarkose durch Aether.

E. Mayer (New-York) betont, dass bei gemeinsamer Verabreichung von Stickoxydul und Lachgas niemals Cyanose auftritt. Diese Methode wendet er stets in der Privatpraxis an. Neuerdings wurde die Aufmerksamkeit auf die Nebennierenpräparate gelenkt, die bei der Wiedererweckung aus Collapszuständen, wie sie zuweilen bei Narkosen vorkommen, gute Dienste leisten.

A. W. Roaldes hat bei über 5000 Fällen, in denen er das Bromäthyl angewandt hat, nur zwei- oder dreimal üble Zufälle gesehen. Bei richtiger Anwendung desselben erwacht das Kind gerade dann, wenn es im Interesse der Blutung erwünscht ist. Dies Narkoticum reizt weder die Schleimhaut und beeinträchtigt nicht, wie das Chloroform, die Herzthätigkeit. Seine Wirkung ist etwas flüchtiger als diejenige des Stickoxyduls. Es entzündet sich nicht und kann ruhig in der Nähe einer Flamme verabreicht werden. Es ist wichtig, dass man ein reines Präparat hat, das in versiegelter Glasröhre aufbewahrt wird. Zum Zweck der Adenoidoperationen bedarf es keiner tiefen Narkose.

W. K. Simpson ist der Meinung, dass die Tonsillen besser ohne Narkose entfernt werden, als mit solcher.

D. B. Delavan ist entgegengesetzter Meinung und beklagt den Standpunkt des Vorredners.

H. L. Wagner (San Francisco) bemerkt, dass reines Bromäthyl einen ätherischen, erbsenartigen Geruch, ein unreines Präparat dagegen einen zwiebelartigen Geruch hat. Er hat reiche Erfahrungen mit der rectalen Anwendung des

Aethers gesammelt und befürwortet dieselbe bei Operationen im Gesicht, der Nase und dem Hals.

F. H. Bosworth: Die Tonsillen vom rein klinischen Gesichtspunkt. Neuerdings glaubt man an eine abwehrende Function der Tonsillen gegen das Eindringen von schädlichen Keimen. Nach seiner Ansicht existiren normaler Weise keine Tonsillen, eine Ansicht, die er schon vor 20 Jahren auf einem Vortrag in London vertreten hat. Es ist auch eine allgemeine klinische Erfahrung, dass partielle Exstirpation der Tonsillen den Hals oft in einen schlimmeren Zustand versetzt als vorher. Seit 30 Jahren befürwortet Vortr. die Narkose bei der Tonsillenexstirpation, wobei er Chloroform bevorzugt. Dasselbe soll auf einem Handtuch gegeben werden und das Kind dabei in aufrechter Stellung bleiben, bis alles Schmerzgefühl erloschen ist; dann werden die Tonsillen entfernt. Während 35jähriger Praxis hat er nie eine üble Complication des Chloroforms zu beklagen gehabt. Seit 10 Jahren bevorzugt er zur Tonsillotomie die kalte Schlinge vor dem Tonsillotom.

J. L. Goodale (Boston): Die Histologie der retrograden Veränderungen an den Tonsillen eines Erwachsenen. Vortr. machte seine Studien an Tonsillen, die bei der Autopsie mitsammt dem umgebenden Gewebe herausgenommen worden waren. Die überkleidende Schleimhaut war intact und ungewöhnlich dick. Die Schleimhaut der Lacunen war oft derjenigen von jungen Tonsillen ähnlich, manchmal glich sie auch derjenigen der Tonsillenoberfläche. Das Lymphgewebe war im Verhältniss zum Bindegewebe verhältnissmässig spärlicher als im jugendlichen Alter. Das erste Anzeichen retrograder Veränderungen im Process der Sklerosirung war eine Schrumpfung des Reticulum endotheliale. Bei einer atrophischen Tonsille spielen die Follikel nahe den Lacunen eine noch activer Rolle als fern von denselben. Die retrograden Veränderungen beginnen in den Trabekeln.

J. O. Roe erklärt, dass er mit Bosworth einer Meinung ist, der die Tonsillen als Begleiterscheinung anormaler Verhältnisse im Halse betrachtet.

A. A. Bliss ist nicht der Meinung, dass die Tonsillen in jedem Fall gänzlich ausgerottet werden sollen. Für totale Entfernung der Tonsille ist die Schlinge zu bevorzugen, zur partiellen Entfernung stehen mehrere Instrumente zur Wahl.

R. C. Myles (New York). Die Ansicht von Bosworth gewinnt mehr und mehr an Anhang. Bei Operationen an den Tonsillen mit der kalten Schlinge ist die Narkose erwünscht. Bei gestielten Tonsillen kann man auch ganz leicht mit Cocainanästhesie operiren, aber es bedarf dazu einer starken Lösung und Application derselben lange vor dem Eingriff.

C. C. Rice (New-York). Nicht entzündete Tonsillen können ganz gut mit dem Tonsillotom entfernt werden, entzündete sollen dagegen mit dem Galvanokauter exstirpirt werden.

3. Tag. Mittwoch den 29. Mai.

O. H. Knight (New-York): Stimmbandknötchen (Vocal nodules). Die Bezeichnung „Sängerknötchen“ ist unzweckmässig. Nach Chiari handelt es sich

dabei selten um Affectionen der Schleimdrüsen. Die Knötchen kommen häufiger bei Frauen vor als bei Männern und sind bei Kindern nicht selten. Ihre Beziehung zur Tuberculose ist noch unsicher. Nach seiner Beobachtung ist dieselbe eine ganz zufällige. In Anbetracht der Thatsache, dass in Fällen von maligner Kehlkopferkrankung zuweilen die Beschränkung des arteriellen Zuflusses erfolgreich ist, hat Vortr. in einem Fall eine Ischämie durch Nebennierenextract angestrebt, und zwar durch tägliche Instillationen einer Lösung von 1 : 5000 während 3 Wochen. Dadurch, sowie durch Uebung des Stimmandes erreichte er beträchtliche Besserung und Schwinden des Knötchens. Nach seiner Ansicht führt falscher Gebrauch der Stimme viel häufiger zu dieser Erkrankung als Ueberanstrengung. Durch übermässigen Gebrauch können Hyperämie und Hyperplasie gewisser Muskelbündel, oder sogar circumscripte Hämorrhagien entstehen. Die Ansicht, dass die Affection durch Aneinanderreiben der Stimmbänder entstehen kann, hält Vortr. für unwahrscheinlich, da ja immer ein Spalt zur Passage des Luftstroms übrig bleiben muss.

C. C. Rice theilt mit, dass die Fälle von Stimmbandknötchen, die er beobachtet hat, fast immer bei Berufssängern, und zwar bei solchen der leichten Opern mehr als bei den Sängern der grossen Opern vorkamen. Wohl deshalb, weil die grossen Opernsänger ihre Stimme weniger andauernd benutzen.

W. K. Simpson: Der Ausdruck Stimmbandknötchen wird oft von Affectionen der Stimmbänder angewandt, die sehr flüchtiger Natur sind. Hypertrophien an der Zungenbasis führen häufig zu Ueberanstrengung der Stimme, daher ist die Entfernung lymphoiden Gewebes an dieser Stelle oft ausserordentlich erfolgreich in der Behandlung der Sängerstimme.

H. L. Wagner (Boston) hat die Knötchen häufiger bei Nichtsängern als bei Sängern beobachtet, einmal sogar bei einem 9jährigen Kinde.

W. K. Simpson (New-York): Studien über zweckmässige Intubation bei chronischer Larynxstenose. Er bespricht nur Stenosen nicht syphilitischen Ursprungs und unterscheidet drei Gruppen: 1. Fälle von allmälig entwickelter Stenose, die die Operation nicht dringend nöthig machen. 2. Fälle von acuter Stenose, die prompten chirurgischen Eingriff verlangen. 3. Fälle, bei denen ein Eingriff erwünscht ist, um die Trachealcanüle los zu werden. Besonders in dieser letzten Gruppe ist die Intubation überlegen. Eine Intubationscanüle kann unbegrenzte Zeit getragen werden, ausserdem kann sie je nach individuellem Bedürfniss verändert werden. Zuweilen folgt die Intubation der Tracheotomie in Fällen, in denen die Tracheotomie am besten möglichst hoch angelegt werden sollte. Je länger die Tracheotomiecanüle beim Erwachsenen gelegen hat, um so schwieriger die Intubation. Um das Ausstossen der Intubationscanüle zu verhindern, hat J. Rogers (New-York) einen rechtwinkligen Arm an derselben anbringen lassen, der durch die Trachealwunde nach aussen tritt.

E. Mayer demonstrirt eine ähnliche Intubationscanüle mit einem Retentionsarm und ausserdem ein grosses Einführungsinstrument, das er construirt hat.

Dies Instrument leistete sehr werthvolle Dienste bei chronischen Stenosen von Erwachsenen, weil man damit die Intubationscanüle beim Kranken einführen kann, ohne seine Athmung zu stören.

W. E. Casselberry betont gewisse Schwierigkeiten bei der Ausführung der Intubation an solchen Kranken, und beschreibt seine wohlbekannte Fütterungsmethode, deren Anwendung er in jedem Falle empfiehlt.

J. W. Farlow (Boston): Einige Fälle von rechtsseitiger Stimmbandlähmung. Mittheilung von 4 Fällen.

Delavan, Casselberry, Swain, Price Brown theilen ihre Erfahrungen darüber mit.

C. C. Rice (New-York): Eine Localbehandlungsmethode zur Aufhebung der Empfänglichkeit der Nasenschleimhaut gegen das Heufieber. Abnorme Reizbarkeit ist ein wichtiger Factor bei der Entstehung der Sommerkatarrhe. Vort. versuchte dieselbe herabzusetzen durch häufig wiederholte Frictionen der Schleimhaut, die mehrere Wochen vor dem zu erwartenden Anfall einsetzten. Das Frottirinstrument mit dem Watteträger verursachte freilich anfangs Schmerzen und Schnupfen. Jede Stelle wurde 10—12 mal frottirt, wobei der Applicator mit einer Lösung von Alumnol und etwas Eucain getränkt war.

F. H. Bosworth hält eine vasomotorische Parese für das wesentliche des Heuschnupfens. Dieselbe wird von irgend einem Reiz hervorgerufen, z. B. durch Blüthenstaub in der Luft, besonders bei nervösen Personen.

J. O. Roe (Rochester) hat niemals Heufieber bei normaler Nase gesehen. Nach seiner Erfahrung betrifft die locale Reizbarkeit mehr die mittlere und obere Muschel, als die untere.

G. H. Makuen (Philadelphia): Der gespaltene Gaumen und seine Beziehung zur Sprache. Der Gaumen ist für die Sprachfunction noch wichtiger als die Zunge. Die Vocale können zwar bei Gaumendefecten ausgesprochen werden, aber durch die veränderte Resonanz werden sie unkenntlich. Von den 23 Consonanten können bei defectem Gaumen nur „m" und „n" richtig ausgesprochen werden. Die Gaumenspalten sollten so früh als möglich chirurgisch behandelt werden und gleichzeitig Sprechübungen durchgeführt werden. Auch bei geschickter Operation ist eine gewisse Spannung des Gaumens hinterher unvermeidlich, die die normale Form des Gaumens beeinträchtigt. Daher rührt auch eine gewisse Unbeweglichkeit des Raumes zwischen Gaumensegel und hinterer Rachenwand, indem er sich bei der Phonation nicht schliessen kann. Daher hat Vortr. vor einigen Jahren eine Methode zur Vergrösserung des Gaumensegels in solchen Fällen empfohlen, welche eine wesentliche Verbesserung der Sprache nach Gaumenspaltenoperationen herbeiführte.

A. W. Roaldes (New-Orleans): Die Anwendung des Elektromagneten zur Extraction von Fremkörpern aus den Luftwegen. Vortr. berichtet über einige experimentelle Versuche mit dem Hobb'schen Riesenmagneten, die



zum Theil auch an der Leiche ausgeführt worden waren. So konnte z. B. ein Nagel, der 1 g wog, auf 9 Zoll Entfernung noch extrahirt werden, ein etwa ebenso schwerer Knopf auf 8 Zoll, wenn diese Gegenstände in Haut eingewickelt, in einer Glasröhre steckten. Dieselben Fremdkörper, in die Trachea eingeführt, konnten leicht mit dem Magneten durch eine Tracheotomiewunde hindurch extrahirt werden. Durch eine im Magneten angebrachte Verbesserung kann seine Attractionskraft noch wesentlich verstärkt werden.

D. Bryson Delavan (New-York): Die Chirurgie der Nasentumoren. Vortr. bedauert, dass die von dem kürzlich verstorbenen R. P. Lincoln seiner Zeit vorgeschlagene Methode in Vergessenheit gerathen sei, und bringt casuistische Belege dafür bei. Bei der fraglichen Methode wird die glühende Schlinge empfohlen, wodurch eine Blutung verhütet wird.

F. C. Cobb: Ein den Larynx verstopfendes gestieltes Fibrom des Oesophagus. Mittheilung eines Falles.

Die Wahl ergab als Präsidenten: J. W. Farlow (Boston); als 1. Vicepräsident J. W. Gleitsman (New-York), 2. Vicepräsident D. Braden Kyle (Philadelphia); Secretär und Schatzmeister J. E. Newcomb (New-York); Bibliothekar J. H. Bryan (Washington).

Nächster Versammlungsort: Boston. Emil Mayer.

III. Briefkasten.

Morris J. Asch †.

Einer der geschätztesten New-Yorker Laryngologen, Dr. Morris J. Asch, ist im Alter von 70 Jahren in Irvington verstorben. Er hatte sich dorthin zurückgezogen, nachdem er vor einigen Monaten krankheitshalber seine Praxis niedergelegt hatte. Der Verstorbene war ein Zögling des Jefferson Medical College, Philadelphia, machte den ganzen Bürgerkrieg als Militärarzt der nordstaatlichen Armee mit, und liess sich bald darauf in New York nieder, wo er sich in kurzer Zeit eine angesehene Stellung erwarb und bei seinen Collegen und dem Publicum gleich beliebt war. Ueber seine literarische und wissenschaftliche Thätigkeit hat das Centralblatt oft berichtet.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVIII. Berlin, December. 1902. No. 12.

I. Jahresbericht

bearbeitet nach dem XVIII. Jahrgang des internationalen Centralblattes (vom 1. Januar bis 1. November 1902)

von

J. Katzenstein, A. Kuttner, E. Meyer.

A. Allgemeines.

In der Uebersicht über die rhino-laryngologische Literatur des Jahres 1900 stellt Sir Felix Semon (55) fest, dass die Verhältnisse der Gesammtproduction sowohl wie die Vertheilung derselben auf die einzelnen Länder ziemlich unverändert geblieben ist. — Lehrbücher über die Krankheiten der oberen Luftwege liegen vor: von Holger Mygind (298) und von Ch. H. Burnett, Fletcher Ingals, Otto T. Freer und James E. Newcomb (391). — Das Jahrbuch der Erkrankungen der Nase, des Halses und der Ohren von G. F. Head und A. H. Andrew (261) ist dieses Jahr bereits im Februar erschienen. — Einen Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase veröffentlicht Grünwald (260). — B. A. Waddington (231) bearbeitet die Erkrankungen der oberen Luftwege, Sokolowski (183) die Krankheiten der Trachea und der Bronchien, Pieniazek (346) die Verengerungen der Luftwege. — Sir Felix Semon (290) unterzieht die Principien der Localbehandlung bei Erkrankungen der oberen Luftwege einer kritischen Besprechung. — Max Kamm (298) bespricht in einer Monographie die Frage: Was muss der practische Arzt von Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten wissen? — Die Eintheilung und die Ziele des rhino-laryngologischen Unterrichts schildert B. Fränkel (443) gleichzeitig mit den Einrichtungen der neuen Hals- und Nasenklinik in Berlin. — Die Laryngologie und ihre Stellung im medicinischen Unterricht erörtert L. Swain (469) in einem Vortrag, ihre Bedeutung für den Studirenden John N. Mackenzie (229), ihren Werth für die allgemeine Medicin Sendziak (112), J. Sinexon (362) und John Hunter (362). — Jonathan Wright (309 und 362) bespricht Hals und Nase in

der Geschichte der Medicin und fährt (1 und 112) in den kritischen Bemerkungen über die neuere rhino-laryngologische Literatur fort.

Berichte über Kliniken veröffentlichen: Stein und Saxtorph (111), H. Burger, Campagne, Fredericks e (55) und Arslan (229).

A. Narrath (182) veröffentlicht eine vergleichend anatomische und entwickelungsgeschichtliche Studie über den Bronchialbaum der Säugethiere und des Menschen. — Studien zur vergleichenden Anatomie des Cucullaris und des Sternocleidomastoideus publicirt Streissler (193). — E. Mehnert (95) prüft an der Leiche und am Lebenden die topographischen Altersveränderungen des Athmungsapparates, welche sich in einem Altersdescensus äussern.

G. L. Richards (362) bespricht die physiologische Bedeutung von Hals und Nase. — E. Bürgi (196) untersucht den respiratorischen Gaswechsel bei Ruhe und Arbeit der Lungen. — Martuscelli und Prota (233) fanden bei Thieren bei schnellem Ertränken die Stimmlippen in Adduction, bei langsamem in Cadaverstellung. — Seine Theorie des Abwehrsystems der oberen Luftwege vertheidigt Lamann (362).

B. J. Norris (193) beschreibt eine recidivirende Branchialcyste. — Batnew (309) erörtert die Entwickelung der Halsfisteln ausführlich im Anschluss an einen Fall von paariger, congenitaler, unvollständiger, äusserer Fistel. — Nach R. T. Godlee und T. R. H. Bucknall (403) stehen die Pharynxtaschen wahrscheinlich im Zusammenhang mit den Kiemenspalten. Offenbleiben der Spalte in der ganzen Länge führt zu completer Fistel, fehlt die äussere Oeffnung, so endigt das Divertikel blind oder es ist gegen den Pharynx abgeschlossen, endlich können die beiden Oeffnungen fehlen (Dermoidcysten). — Einen Fall von Cystadenoma papilliferum der accessorischen Schilddrüse operirte A. Petterson (404). — H. J. Butlin (193) veröffentlicht eine klinische Vorlesung über die chirurgische Behandlung tuberkulöser Halsdrüsen. — C. Beck (310) bespricht dasselbe Thema. — Bei Drüsenschwellungen bei Kindern mit rheumatischen Beschwerden empfiehlt Irisbie (194) Jodtinctur innerlich. — Henry Th. Williams (205) heilte einen Fall von Tic douloureux durch Entfernung des Ganglion Gasseri, Gordon King (205) will immer vor dieser Operation die extracranielle Neurectomie versucht sehen. — Hirlet (309) beschreibt die chirurgische Therapie eiternder Phlegmonen der vorderen seitlichen Halsgegend. — W. W. Keen (310) machte die Ligatur der Carotis externa einmal wegen Blutung nach Tonsillotomie, einmal wegen einer Blutung nach Curettement am Septum. — Ein Aneurysma dissecans mit Durchbruch nach dem Ohr, das einen malignen Tumor der Tonsille vortäuschte, beschreibt W. B. Johnson (403). —

Die Angina Ludovici hält G. C. Ross (403) für eine erysipelatöse Erkrankung. — Fälle von Angina Ludovici publiciren Fox (78), Ross (78), Jones (78), Ficano (78).

Ein Fall von Aktinomykose des äusseren Halses, ausgehend von der Schilddrüse, demonstrirt Schrötter (105).

Stiller (195) sah einen Pneumothorax bei gesunden Lungen durch Niesen. — Martin du Magny (364) erörtert die Erkrankungen der Lungen im Anschluss an Affectionen der Nase, des Ohres und der Retropharyngealgegend.

Die Bedeutung der Thymusdrüse für den Körperhaushalt und für plötzliche Todesfälle bei Kindern erörtert Taillers (229). — Einwirkung von Schilddrüsenextract auf eine Thymusschwellung beschreibt Miot (230). — Conchet René (309) veröffentlicht eine Arbeit über Makroskopie der Thymusdrüse beim Kinde, H. N. Bishop (309) über Thymus cervicalis und accessorius.

G. C. Stout (57) schreibt über die Verhütung und Behandlung der Erkältung, desgleichen Ch. H. Shipard (57) und J. Harnsberger (58). — Hygienische Maassnahmen bei der Behandlung der katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege bei Kindern bespricht C. M. Cobb (233). — H. B. Douglass (444) erörtert die Arzneibehandlung der Katarrhe.

W. Scheppegrell (113) betrachtet den Staub als Ursache der Erkrankungen der oberen Luftwege. Die wichtigste Prophylaxe sei, die Luftwege möglichst gesund zu erhalten und jede Störung sofort zu behandeln.

Gradenigo (115) erörtert die fieberhaften Reactionen nach Operationen in den oberen Luftwegen, insbesondere die Angina lacunaris post operationem. — Sendziak (364) theilt Beobachtungen über den Zusammenhang einiger Krankheiten der oberen Luftwege mit dem Klimakterium mit. — Studien über die Fremdkörper in den oberen Luftwegen veröffentlichen H. Wallace (364), Corvini (444) und St. H. Lutz (443).

Der Zusammenhang der Erkrankungen der oberen Luftwege mit anderen Erkrankungen ist in einer Reihe von Arbeiten erörtert: A. C. H. Moll (114) betrachtet die Tonsillen als häufige Eingangspforte für Infectionen insbesondere für Tuberculose und Rheumatismus. — D. Brose (404) unterzieht die Erkrankungen von Auge, Ohr und Hals bei Typhus einer Besprechung. — Einen Fall recidivirender Masern mit Dyspnoe, Croup und Pneumonie beobachtete Brunard (195). — C. M. Cobb (443) beschreibt die krankhaften Veränderungen an den oberen Luftwegen infolge von Infectionskrankheiten. — Symptome in den oberen Luftwegen bei Allgemeinerkrankungen bespricht C. S. Hawkes (231), ihre Beziehung zur geistigen Entwicklung L. F. Page (231). — Vacchini (195) hält das sogenannte Drüsenfieber für eine gewöhnliche Infection der oberen Luftwege mit Eitererregern. — Ueber den Zusammenhang der Affectionen der oberen Luftwege mit Gelenkrheumatismus schreibt E. B. Blumenau (113) und St. Clair Thomson (325).

Jonathan Wright (114) ist der Ansicht, dass der Tuberkelbacillus durch die intacte Schleimhaut eindringen kann. — Der Herausgeber des Journ. Amer. Med. Association (194) weist experimentell die Möglichkeit der Verbreitung von Tuberkelbacillen durch hustende Kühe nach. — Kreilsheimer (231) erörtert den Einfluss der Erkrankungen der oberen Luftwege auf Beginn und Verlauf der Tuberculose. — Den Tuberculosen der oberen Luftwege widmet Suchannek (23 u. 41) eine Arbeit. — Zwei Fälle von ausgebreitetem Schleimhautlupus publicirt Klingstein (444).

Frothingham empfiehlt, nach Strauss (195), die Injection von Secreten in die Bauchhöhle von Meerschweinchen bei Verdacht auf Rotz zwecks Sicherung der Diagnose.

P. H. Gerber (232) veröffentlicht eine eingehende Arbeit über die Lepra der oberen Luftwege und die Verbreitung der Leprabacillen.

Schtschegolow (58) fand bei Influenza einen von dem Pneumococcus verschiedenen Diplococcus. — George Blume (58) und Pertzew (444) bearbeiten die Bacteriologie und Pathologie der Influenza, M. N. P. Bénaky (59) die hämorrhagische Form derselben, John Zahorsky (59) ihr Vorkommen bei Kindern, W. W. Harper (59) das gesammte Krankheitsbild. — In einer Notiz des Herausgebers des Phil. Med. Journ. (59) wird auf den Zusammenhang der Influenza mit der Perityphlitis hingewiesen, Kolipinski (59) hält sandkorngrosse, convexe Erhabenheiten am weichen Gaumen für pathognomonisch. — D. Braden Kyle (60) studirte das Verhalten der oberen Luftwege, J. Ullmann (63) die Complication mit Lungenentzündung, W. Lublinski (64) die Kehlkopfaffectionen. — Glatzel (61) beschreibt einen Fall von Influenza-Laryngitis. — John J. Kyle (61) bringt die Influenza in Zusammenhang mit Siebbeinzellenerkrankungen, Roth (61) hält die Kopfschmerzen für Symptome von latenten Nebenhöhlenerkrankungen. — Ch. J. Aldrich (61) bringt viele Neuralgiefälle mit Influenza in Beziehung. — Abrikosow (444) beobachtete einen Fall von myasthenischerParalyse nach Influenza. — Eine ausführliche Studie über Kopfschmerzen liegt von Schön (195) vor.

Fälle von Urticaria des Mundes, der Pars oralis et nasalis pharyngis, des Larynx und der Nase beschreibt Lewis S. Somers (363) und Blumenfeld (221). — Einen Fall von Lichen planus am Körper, im Mund und Rachen demonstrirt R. Lapowski (377). — Einen Pemphigus foliaceus der Haut und Luftwege, der in ca. 20 Tagen ad exitum führte, publicirt W. B. Russ (363), einen Pemphigus vegetans Rille (242), einen Pemphigus sämmtlicher Schleimhäute ohne Betheiligung der Haut E. Meyer (305).

Ueber Intoxicationen liegen folgende Veröffentlichungen vor: v. Jaksch (8) beschreibt einen Fall von gewerblicher Argyrie. — Munk (9) constatirte bei Jodkaligebrauch Jodismus nur in den Fällen, in denen hoher Rhodangehalt des Speichels nachgewiesen werden konnte. — G. J. Teljer (8) sah ein periorales Ekzem nach Odolgebrauch. — In einem Fall von allgemeiner Tuberculose mit Compression des Pneumogastricus durch Bronchialdrüsen sah Larthioir (155) den Tod im Beginn einer. Bromaethylnarkose eintreten. — Karplus (155) veröffentlicht einen Fall von Arsenvergiftung nach medicinischer Dosis von Solutio Fowleri.

F. E. Hopkins (2) sah nach Nebennierenextract eine Neigung zu Nachblutungen, manchmal eine Idiosynkrasie gegen das Mittel und Schnupfen. Semon (306) und Delie (400) haben ähnliche Erfahrungen mit Adrenalin gemacht. die von Bukofzer (354) theilweise bestätigt, theilweise eingeschränkt werden. Jonathan Wright (2) zieht die Anwendung des Extractes in Pulverform dem Spray vor. — Nach Cleghorn (2) wirkt das Extract durch directe Muskel- nicht Nervenreizung, — Ledermann (2) beobachtete nach der Anwendung Nieskrampf. — Emil Mayer (3) betont die Nachblutungsgefahr insbesondere bei Tonsillen- und Adenoidenoperationen. — W. Kelly Simpson (3) und C. G. Coakley (3) schlagen die Gefahr der Nachblutung gering an, letzterer sah Blutungen durch Einnehmen des Extractes per os stehen. — Auch Quinlan

(4) verwendet das Mittel als Haemostaticum, während Chambers (4) die Gefahr der Blutung wieder betont und Bates (4) und Mc. Kernon (4) eine Reizwirkung beobachteten. — Nach Bates (4) muss man reines, frisch bereitetes Extract anwenden, dasselbe vermehrt den Muskeltonus, steigert den Blutdruck durch Contraction der peripheren Gefässe, wirkt adstringirend, und ist als diagnostisches Hilfsmittel bei der Untersuchung der Nase sogar dem Cocain überlegen. — Seymour Oppenheimer (5) und Henry L. Swain (5) empfehlen das Mittel, gleichfalls auch der Herausgeber der St. Louis Med. Review (6), des New York Med. Journ. (6), Richard Hogner (6), Ch. J. Sauter (7), Fr. H. Edsall (153 und 270) und A. H. Thelberg (405). — L. Harmer (153 und 270) rühmt das Extract als Anaestheticum und bei acuten Catarrhen, verwirft es als Haemostaticum. — Nach Anwendung des mit Chloreton vermischten Extractes beobachtete Solis Cohen (283) ein Oedem der Uvula, des Velum, des Pharynx und der Epiglottis. — An Stelle des Nebennierenextractes empfehlen E. Fletcher Ingals (7) und Emil Mayer (7) das Adrenalin. Im gleichen Sinne äussern sich Fr. O. Jodd (153 und 270), Murray Mc Farlane (154 und 270), Norton L. Wilson (154 und 270), Tokichi Takamine (271), A. Rosenberg (303). — S. M. Mayhen (326) und Somers (327) empfehlen Adrenalin bei Angina und Peritonsillitis. — Dudley S. Reynolds (154 und 271) bevorzugen Adrenalinchlorid, desgl. B. J. Booth (271).

Tuffier (8) empfiehlt die kalte Sterilisation der Cocainlösungen, Reclus (8) das Aufkochen. — Barth (155) räth zur Feststellung einer Idiosynkrasie gegen Cocain zunächst schwache Lösungen anzuwenden. — Wroblewski (269) verwendet 25 pCt. alkoholische Cocainlösung, A. A. Gray (269) eine 15 bis 20 proc. Eucainlösung in Anilinöl und eine 20 proc. alkoholische Cocainlösung zur lokalen Anaesthesie. — A. W. Morton (310) operirte ein Lipom des Halses unter Spinalanaesthesie (20 Tropfen 2 proc. Cocainlösung). — Bloch (247) sieht im Tropacocain einen vollwerthigen Ersatz des Cocains.

Der Narkose bei Operationen an den oberen Luftwegen widmen E. E. Hopkins (204) und M. L. Maduro (405) je einen Aufsatz. — W. A. Briggs (445) empfiehlt die Mentholisation der Schleimhaut als Vorbereitung zur Aethernarkose.

T. E. Hopkins (476) und Casselberry (476) sind für Narkose mit Stickoxydul und danach Aether, E. Mayer (476) für Stickoxydul und Lachgas, J. N. Mackenzie (476), Gleitsman (475) und Roaldès (476) für Bromaethyl. — H. L. Wagner (476) befürwortet die rectale Aetheranwendung, während W. K. Simpson (476) der Entfernung der Tonsillen ohne Narkose das Wort redet. — Die Anwendung der Anaesthetica bei Operationen erörtert Lloyd (246).

Von Medicamenten empfehlen: Silbernitrat als Spray — A. E. Hedback (8); Silbernitrat und andere Silbersalze — Gleason (115); Protargol — N. J. Skillman (8); Mentholjodol — Joris (151), Zimmtsäure bei Tuberculose — Pollak (8) und Hödlmoser (9); Orthoform — Heryng (153); Jodothyrin — Hoenigschmidt (9); Chinin-Glycerophosphat — Gros (114); Chloromethylmenthyläther (Forman) — Suchannek (98, 153 u. 271); Chinin bei Influenza — Hopgood (62); Antipyrin und Jodkali — Thomson (62); Natr. benzoic. und Salol und Acetanilid — Sheffield; Zimmt bei Influenza — Ross (62).

Die Localtherapie bei Erkrankungen der oberen Luftwege bespricht Sir Felix Semon (296). — Nach Lermoyez und Malm (57) wirkt die heisse Luft hauptsächlich bei nervösen Störungen. — Lichtwitz (112) und Ambrosini (234) bringen Beiträge zur Heissluftbehandlung der Schleimhäute. — Ueber die Finsenbehandlung von Lupus berichtet Glebowski (151). — Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Epitheliome erörtern Bolloan (152) u. F. H. Williams (152). — Roaldès (479) berichtet über Versuche mit dem Hobb'schen Riesenmagneten zur Extraction von Fremdkörpern aus den Luftwegen. — Die Behandlung maligner Tumoren in Ohr, Nase und Rachen mit alkoholisch-wässriger Lösung von Acid. arsenicos. empfiehlt Bobone (405). — Arbeiten therapeutischen Inhalts: Spray — A. G. Hobbs (114) und Sänger (269); Inhalationen — Robinson (105); Jodsoolbäder bei Lues — Degré (151); Gelatineinjectionen — Rille (151).

Instrumente: Electrischer Sterilisator — Hecht (9). Nasenirrigator, Intratrachealspray und Larynxapplicator — O. J. Freer (9). Electrische Trephine — S. S. Bishop (9). Sich selbsthaltende electrolytische Doppelnadel — Jaenicke (405). Apparat für Vibrationsmassage — Hudson (188). Galvanokauter — Stepanoff (397). E. Meyer.

B. Nase, Nebenhöhlen, Nasenrachenraum.

Hinsberg (115) studirte die Entwickelung der Nasenhöhle bei Amphibien, Anuren und Urodelen. Bei den Froschlurchen entsteht die Communication des Nasenlumens mit der Mundhöhle nicht durch Ueberbrückung einer von der Nasengrube zur Mundbucht verlaufenden Rinne, wie bei den meisten Amnioten. Es wächst vielmehr die Nasenhöhle, die zunächst nur einen nach aussen mündenden Blindsack darstellt, an das Epithel der Mundhöhle heran, worauf ein secundärer Durchbruch des Nasenlumens in die Mundhöhle erfolgt, und zwar caudalwärts von der Rachenmembran. Bei den Schwanzlurchen ist bei der Bildung des Nasenlumens von Anfang an ein einheitliches Lumen vorhanden. — Probst (446) untersuchte den Faserverlauf des Temporallappens, des Bulbus olfactorius, der vorderen Commissur und des Fornix. Der Fornix entspringt bei der Katze im Ammonshorn und im Uncus, er endet im Ganglion opticum, im Riechfeld und im lateralen Kern des Corpus mammillare. Der Gyrus sylvius und der Gyrus compositus stehen in engem Zusammenhang mit dem Stiel des inneren Kniehöckers und dem Thalamus. In der Pars olfactoria der vorderen Commissur verlaufen Commissurenfasern zwischen beiden Bulbi olfactorii. Die Fasern des Bulbus olfactorius entspringen im Bulbus und enden in der Rinde des Gyrus hippocampi. — Most (406) untersuchte den Lymphgefässapparat von Nase und Rachen. In der Nase erstreckt sich entlang der unteren Muschel ein reiches Lymphgefässgeflecht mit längsgestellten Maschen; die mittlere Muschel zeigt ein ähnliches Verhalten; der Boden der Nase sowie die nasale Fläche des Velum ist mit dicht gedrängten Capillaren bedeckt. Das Septum zeigt die Maschen zart, aber immer noch dicht; nach dem Naseneingang zu, sowie nach der Gegend der Siebbeinzellen und der oberen Muschel vermindern sich die Lymphbahnen. — Citelli (276) constatirte die Anwesenheit von intraepithelialen Schleimdrüsen in der

unteren Muschel. — Mangakis (445) beschreibt einen Fall von Jacobson'schem Organ beim Erwachsenen.

Nach Gorschow (448) befindet sich das Riechcentrum bei Hunden im Lob. pyriformis, im Bezirke des Gyrus uncinatus und Gyrus hippocampi. Das Centrum des Geschmackes befindet sich nach G. (22) bei Hunden in der Gegend des Gyrus sylviaci anterior, Gyrus ectosylvii anterior und Gyrus composit. anterior. — Bei Anwendung ätherischer Reizmittel auf den Olfactorius beobachtete Beyer (238) im Momente des Einblasens Sistirung der Athmung in expiratorischem Stillstand, dann folgten einige flache Athemzüge und nach Verlauf einiger Secunden kehrte der Athemtypus zur Norm zurück. Ebenso sank im Momente des Reizes der Blutdruck, um sich dann gleich wieder auf die ursprüngliche Höhe zu erheben, die Schlagfolge des Herzens verlangsamte sich und diese Verlangsamung überdauerte beträchtlich die Aenderung der Athmung. Waren die Olfactorii durchschnitten, so blieben dieselben Thiere reactionslos. Wurden bei erhaltenen Olfactorii die Trigemini durchschnitten, so erfolgte eine Verlangsamung der Athemfrequenz ohne Erscheinungen seitens des Blutdrucks oder des Herzschlags. — Zwaardemaker (446) untersuchte die Stromgeschwindigkeit im Riechrohr während des Riechens, die Dauer der Aspiration, das fortbewegte Luftquantum, die Dauer des Riechreizes, die Adhäsion der riechenden Moleküle an der Wand des Riechrohres und bestimmte schliesslich das Minimum perceptibile. — Rethi (116) stellte Untersuchungen an über die Luftströmungen in der normalen und kranken Nase. Die Versuche an normalen Nasen ergaben, dass bei kräftiger Respiration die Hauptmenge der Luft anfänglich nach oben in der Höhe des vorderen Endes der mittleren Muschel nach hinten strömt, nach innen von dieser verbleibt, sodann am hinteren Muschelende nach hinten gegen den Nasenrachenraum abbiegt. Im unteren Nasengange entsteht hinten ein Wirbel. Bei pathologisch veränderten Nasen oder bei Hindernissen im Nasenrachenraum weicht der Luftstrom denselben aus, doch hat er stets die Tendenz, die oben beschriebene Richtung beizubehalten. — Parker (448) stellte fest, dass der inspiratorische Luftstrom vorwiegend den mittleren und oberen Meatus, der exspiratorische vorwiegend den unteren Meatus passirt. — Bruck (319) weist darauf hin, dass nicht nur die exspiratorische Nasenfunction (Spiegelprobe, Glatzel), sondern auch das inspiratorische Athmungsgeräusch bei der Prüfung der Luftdurchgängigkeit der Nase untersucht werden müsse. — Zwaardemaker (264) stellte fest, dass, wenn man durch den Olfactometer langsam aspirirt und den durchstreichenden Luftstrom langsam unterbricht, daraus eine Schwächung, aber keine Intermittenz der Geruchsempfindung resultirt. Wenn man aber während eines gleich langen Zeitraumes eine Reihe von Aspirationen, z. B. jede halbe Secunde eine macht, so zeigt sich, dass jede Aspiration eine selbstständige Empfindung auslöst. Die isolirten Empfindungen fliessen nie zusammen. Demnach ergiebt intranasale Unterbrechung des Luftstroms eine discontinuirliche, extranasale Unterbrechung eine continuirliche Empfindung. — Grassi (117) setzt auseinander, wie wichtig für den in der Agricultur Thätigen die Intactheit des Geruchssinnes ist, bespricht die Hygiene des letzteren und die olfactometrischen Methoden. — Vaschide (447) stellte mit dem Osmi-esthésimètre Toulouse-Vaschide's Versuche über Geruchs-

ermüdung an. — Féré (447) demonstrirt Ergogramme, die Arbeitsleistungen mit und ohne Betheiligung des Geruches in Kilogrammmetern ausdrücken. Daraus geht hervor, dass die Inanspruchnahme des Geruchs die Arbeitsleistung vermindert. — Nach Drake (116) treten riechende Partikel in Contact mit der Schleimhaut der Nase, machen nervöse Energie an den peripheren Endigungen gewisser Nerven frei, die sich auf das Olfactoriuscentrum im Gehirn überträgt, wo die Geruchsempfindungen verursacht werden. — Nach Nicolai (446) ist die Leitungsgeschwindigkeit im Olfactorius des Hechtes 150mal kleiner als im Olfactorius des Frosches und ist abhängig von der Temperatur, mit deren Steigen sie wächst. — Onodi (117) behandelt die Aetiologie der Anosmie, de Blasi (117) publicirt zwei Fälle essentieller Anosmie.

Rutten (354) berichtet über eine angeborene Nasendifformität bei einem dreimonatlichen Kinde, bei welchem eine einzige breite Nasenöffnung vorhanden ist, indem das häutige und knorpelige Septum narium fehlen; ausserdem ist die Nasenspitze in der Mitte gespalten. — Als seltene Anomalie der lateralen Nasenhöhlenwandung beschreibt Hofmann (119) eine Nebenmuschel des unteren Siebbeinspaltes. — Lannelongue (119) schreibt über eine congenitale Fistula lacrymo-pharyngo-facialis, die unterhalb des rechten Nasenloches mündet. — Marchand (448) veröffentlicht einen Fall von Sklerose des Bulbus olfactorius und einen Fall von Tabes mit Paralyse. — Henkin (399, 432) studirte die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Nasenschleimhaut unter der Einwirkung von Aetzmitteln. — Als Aetiologie der malignen Tumoren kommen nach Ziem (315) schweres Trauma und das Bestehen eitriger Katarrhe in Betracht.

Wright (362) bringt eine Mittheilung über die Nase in der Geschichte der Medicin. — Mather (445) berichtet über die normale Nase und ihre Functionen. — Rössler (407) giebt dem practischen Arzte über Nasen- und Rachenleiden diagnostische Winke. — Berthold (100) macht eine Mittheilung über die intranasale Vaporisation. — Berchoud (119) schildert eine nasale Erkrankung unklarer Natur. — Viollet (117) sagt, dass in der Nase lebende Mikroorganismen (Pneumobacillus, Streptococcus) einer wirklichen Phagocytose durch die Leukocyten unterliegen. — Schousboe (43) berichtet über Bakterien in der normalen Nasenhöhle und die bakterientödtende Fähigkeit des Nasensecrets.

Hunter (362) und Richards (362) schreiben über die Bedeutung der Nase in der allgemeinen Praxis. — Sinexon (362) betont die Verantwortlichkeit des practischen Arztes bei Nasenkrankheiten. — Jackson (241) schreibt über Nasenerkrankungen als häufig übersehenen Factor bei Ohrenerkrankungen. — Hellat (445) berichtet über Untersuchung des Gehörs, der Nase und des Nasenrachenraums bei den Zöglingen der St. Petersburger Taubstummenanstalt. — Vail (241) betont, dass bei Neuritis optica zu selten an die ätiologische Rolle von Nasenerkrankungen gedacht wird. — White (240) berichtet Fälle von Kopfschmerz bei Nasenerkrankungen. — Scheppegrell (241) betont die Nothwendigkeit intranasaler Untersuchungen bei Brusterkrankungen. — Blum (155) bespricht Erkrankungen der Nasenschleimhaut als Gewerbekrankheit der Drechsler. — Schiff (241) bespricht die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen. — Notiz des Herausgebers (243) behandelt die innere nasale Be-

handlung der Dysmenorrhoe. — Smurto (240) berichtet über neurasthenische Zustände infolge von Krankheiten der Nasenhöhle. — Brown (241) ist der Ansicht, dass die combinirten Erkrankungen von Nase, Hals und Conjunctiva gewöhnlich auf reflectorischem Wege von der Nase her entstehen. — Stule (241) berichtet über einen Fall von epileptiformen Convulsionen, hervorgerufen durch einen in der Nase festsitzenden Schuhknopf. — Roe (475) spricht über reflectorische Epilepsie durch nasale Erkrankung, erfolgreich beseitigt durch Behandlung der letzteren.

Desguin (449) behandelte Acne hypertrophica der Nase vermittelst thermischer Decortication nach Lucas-Championnière. — Sigallas (118) bespricht die hypertrophische Acne der Nase, ihre pathologische Anatomie und ihre operative Beseitigung. -- Pantaloni (118) bespricht drei Fälle von Wiederherstellung der Nase bei hypertrophischer Acne. — Cartaz (118) behandelte Elephantiasis der Nase mit dem Galvanokauter. — Herrmann (450) publicirt 4 Fälle von einer bereits von Jadassohn beschriebenen entzündlichen Dermatose an der Nase jugendlicher Individuen, die mit Hyperhidrosis einhergeht. — Witten Booth Russ (363) veröffentlicht einen Fall von Pemphigus foliaceus der Schleimhaut der Luftwege mit ungewöhnlich schnellem letalen Verlauf. — Somers (363) berichtet einen Fall von Urticaria der oberen Luftwege. — Robinson (451) theilt einen Fall von Leontiasis ossea („Henpuye") mit. — Nach Büdinger (119) soll man bei Fractur der Nase sofort eine mediane Incision machen, die Fragmente reponiren und sie mit feinen Nähten in ihrer Stellung erhalten. — Roberts (122, 123) bespricht die chirurgische Behandlung angeborener und krankhafter Entstellungen des Gesichts. — Walsham (119) giebt eine Notiz zur Behandlung von Collaps der Nasenflügel. — Goodwillie (123) bespricht die chirurgische Behandlung äusserer Deformationen der Nase. — Goodale (273) behandelte einen Fall von Deformität der Nase in Form einer medialen Furche mit subcutaner Implantation einer Partie des knorpeligen Septums. — Nélaton (122) publicirt eine neue Methode von Rhinoplastik. — Lee (123) bespricht einen Fall von Rhinoplastik. — Ueber Nasenprothesen vermittelst Injectionen von Paraffin berichten Broeckaert (227), Hamilton (278), Heath (278), Stein (278, 279), Smith (280), Semon (307), E. Fraenkel (355), Senator (355), Hellat (356). — Pont (124) beschreibt einen Thonapparat als Nasenprothese, der mit einer Brille fixirt wurde.

Walsham (146) beschreibt einen Fall von Zerstörung der Nase durch ein Frettchen.

Mittheilungen über Nasenbluten und die Behandlung des Nasenblutens machen Kelly (200), Coosemans (200), Heineck (200), Tenslay (200), Coates (200), Booth (201), Squires (201), Box (201), Kompe (202), Phedowitz (202), Notiz des Herausgebers (202), Cox (202), van Eikhoute (202), Lamb (203), Somers (203), Mc Kensie (203), Villemetz (204), Pfingst (204), Harrison-Griffin (204).

Erfahrungen über Nebennierenextract theilen mit Hopkins (2), Bates (4), Oppenheimer (5), Swain (5), Notiz des Herausgebers (6), Hoguer (6), Notiz des Herausgebers (6, 7), Santer (7), Rosenberg (303), Semon (306),

Labarre (353), Bukofzer (354). — Skillmann (8) beschreibt die Anwendung des Protargols bei Nasenerkrankungen. — Ueber das Vorkommen von Rhodan im Nasensecret schreiben Muck (116), Keller (116). — Cobbledick (155) berichtet über Ausfluss aus der Nase bei Kindern, Harris (164) über postnasalen Ausfluss. — Ueber cerebrospinale Rhinorrhoe berichten Mignon (158), Larkin (158), Phllip und King Brown (158), Freudenthal (160). — Notiz des Herausgebers (158) giebt eine Verordnung gegen Borken und Risse der Nasenlöcher. — Dalgetty (159) theilt einen Fall von Rhinorrhoe mit. — Cobb (156) schreibt über eitrige Rhinitis bei Kindern als Infectionsquelle für Lymphdrüsenschwellungen. — Chasserie Laprée (161) berichtet über eitrige Rhinitis im Verlaufe von Scharlach. — Mc Kinney (163) bringt Bemerkungen über die Rolle der eitrigen Rhinitis bei der Entstehung der atrophischen Rhinitis bei Kindern. — Roughton (161), Cobbledick (162) schreiben über chronischen eitrigen Ausfluss aus der Nase. — Spiess (156) wendet Orthoform gegen frischen Schnupfen an. — Cobb (156) bespricht den Einfluss der sogenannten katarrhalischen Erkrankungen auf das Allgemeinbefinden. — Notiz des Herausgebers (157) empfiehlt Euchinin bei acutem Nasenkatarah. — Ferrier (157) giebt eine Verordnung gegen den acuten Nasenkatarrh. — Keyes (161) schreibt über Behandlung chronischer Katarrhe. — Price (164) giebt eine Verordnung bei postnasalem Katarrh. — Grayson (164) spricht über Ausfluss bei Nasenkatarrh. — Wright (469) hält einen Vortrag über die Geschichte der Anatomie des Nasenkatarrhs. — Rosenberg (110) wandte Nebennierenextract gegen Coryza vasomotoria an. — Franklin (162) schreibt über chronische hypertrophische Rhinitis. — Coolidge (470) spricht über die Beziehungen der chronischen Rhinitis zu Septumdeviationen. — Robertson (162) schreibt über Behandlung der hypertrophischen Rhinitis. — Lefferts (163) giebt Verordnungen gegen fötide Rhinitis. — Cobb (164) liefert einen Beitrag zur Behandlung der atrophischen Rhinitis. — Wertheim (1) betont, dass die Ozaena bei gleichzeitigem Empyem primär ist. — Siebenmann (102) liefert einen Beitrag zur Lehre von der genuinen Ozaena. — Schall (162) empfiehlt die Ozaena mittelst der Elektrolyse zu behandeln. — Cynola (162) zeigte, dass der Ammoniakgehalt in der von an Ozaena Leidenden exhalirten Luft äussert gering ist. — Dreyfuss (221) wendet gegen den Foetor bei Ozaena Phenolum natrosulforicinicum an. — Pasmanik (163) liefert einen Beitrag zum Studium der Entstehung der Stinknase. — Frederikse (266) demonstrirt eine von Rhinitis caseosa geheilte Patientin. — Peltesohn (162) wendet Hydrargyr. cyanat. gegen Rhinitis fibrinosa an.

Eckert (159) berichtet einen Fall von Hydrorrhoea nasalis. — Nach Molinié (161) stellt die Hydrorrhoea nasalis ein Symptom entopischen Ursprungs dar. — Nach Brindel (161) ist die Hydrorrhoea nasalis bei der spastischen Coryza ein Oedem mit unmittelbarer Abscheidung des Extravasates. — Angières de Laval (161) schreibt über Hydrorrhoea nasalis parotitischen Ursprungs. — Mittheilungen über Heufieber machen Franke (109), Schneider (109), Weil (109), Dietsch (234), Axillos (234), Murphy (235), Notiz des Herausgebers (235), Lawenburg (235), Hollopeter (235), Holbrook Curtis (236), Johnson (236), Rixa (236), Mackenzie (237), Klein (237), Coakley (237), Cook

(237), Rice (479). — Thost (107) giebt ein Referat über Asthma, Heufieber und verwandte Zustände. — Brügelmann (108) bespricht die Aetiologie und Symptomatologie des Asthmas. — Nach Barth (108) beruht das Bronchialasthma auf einem Krampf der Bronchialmuskulatur und einem gleichzeitigem Krampf der Exspiratoren. — Cohen-Kysper (239) berichtet über Pathogenese und Therapie des Asthmas. — Nach Dunn (240) beruht das Asthma auf einem intensiven Reiz der Schleimhäute durch Stoffwechselproducte. — Jack (240) schreibt über die Pathologie des Asthmas. — Farrell (240) betont die Nothwendigkeit gewissenhafter Untersuchung und Behandlung von Nasenerkrankungen bei Asthmatikern. — Dudley (240) bespricht das Asthma vom Standpunkt des Rhinologen. — Ley (340) berichtet über heftige Asthmaanfälle hypothyroidealen Ursprungs. — Stiller (195) berichtet über einen Fall von Pneumothorax durch Niesen bei gesunden Lungen. — B. Fraenkel (238) hat zur Erkennung der Hyperästhesie der Nasenschleimhaut Versuche angestellt, in denen er untersucht, wie stark eine Lösung von Liq. ammon. caust. sein muss, um eine unangenehme Empfindung zu erzeugen. — Turgurson (239) schreibt über Behandlung des reflectorisch von der Nase ausgelösten Hustens. — B. Lewy (237) hat in zwei Fällen von nasaler Reflexneurose Theile der Muschelschleimhaut untersucht; er findet ganz ausserordentlich zahlreiche und dicke Nervenästchen ganz dicht unterhalb der freien Oberfläche verlaufen. — Davis (239) berichtet über einige nasale Reflexe. — Dabney (239), Kürl (243) geben eine Verordnung gegen nasale Neurose. — de Mendoza (275) heilte nasalen Schwindel durch bilaterale Abtragung von Partien der verdickten Nasenscheidewand. — Muskens (447) schreibt über Riechstörungen (Neuritis olfactoria) bei Erhöhung des intracraniellen Drucks. — Black (274) berichtet über Aetiologie und Behandlung von Septumdeformitäten. — Freemann (272 (giebt eine Studie über die Entwickelungsgeschichte und pathologische Anatomie der Nasenscheidewand. — Wiese (272) fand bei der Untersuchung von 608 Schädeln in 60 pCt. der Fälle Septumverbiegungen. — Wood (272) fand bei der Untersuchung von 58 Schädeln kalifornischer Dammerbauern in $67^1/_2$ pCt. der Fälle Septumdeviationen. — Duchesne (272) berichtet über Nasenscheidewandmissbildungen und ihre Behandlung. — Gleason (272) bringt Bemerkungen zur Operationsmethode der Verbiegungen der Nasenscheidewand. — Landau (273) bespricht die Deformation der Nasenscheidewand und ihre Behandlung mit dem elektrischen Trepan. — Roe (273) operirt die Septumdeviationen mit der von ihm angegebenen gefensterten Zertrümmerungszange. — Baumgarten (440) operirte einen Fall von Septumdeviation und Crista mittelst der Schleich'schen Anästhesie. — Spencer (188) beschreibt einen Fall von chronischer Ulceration des Septums. — Pegler (143) spricht über hochgradigen Septumdefect bei einem Kranken nach Trauma in der Kindheit. — Robinson (142) berichtet über zwei Fälle von frischer Perforation der knorpligen Nasenscheidewand. — Richardson (275) schreibt über Perforation der Nasenscheidewand nach Beobachtungen an 25 Fällen. — Spicer (185) bespricht einen Fall von Schwund des knorpligen Septums infolge von Druck durch Nasenpolypen. — Powell (188) berichtet über einen Fall von Abstossung der oberen seitlichen knorpligen Partien des Nasenseptums. — Goodale (274) beschreibt zwei Fälle

von acutem Oedem der Nasenscheidewand. — Lublinski (274) veröffentlicht zwei Fälle von acuter purulenter Perichondritis des Nasenseptums. — Zwillinger (227) bespricht einen Fall von obturirender Ecchondrose der Nasenscheidewand. — Frederiks (266) demonstrirt ein Präparat eines blutenden Septumpolypen. — Lutz (273) empfiehlt bei Septumoperationen zuerst die Zertrümmerung, dann erst, wenn sie nöthig ist, die Resection vorzunehmen. — Bliss (471) bespricht die supralabiale Operation der Verbiegung des Nasenseptums nach Harrison Allen.

Baker (276) behandelt die Beziehung der mittleren Muschel zu chronischen Nasenkrankheiten. — Wishart (277) bespricht die Behandlung hypertrophischer Muscheln. — Lublinski (277) giebt Verordnungen zur Behandlung der geschwollenen unteren Nasenmuschel bei Rhinitis vasomotoria. — Sundholm (276) liefert einen Beitrag zur Kenntniss der Knochenblasen in der mittleren Nasenmuschel. — Fein (277) empfiehlt zur Resection der unteren Nasenmuschel seine Doppelscheere. — Wróblewski (277) befürwortet die Resection der unteren Nasenmuschel mittelst der Heymann'schen oder Schoetz'schen Scheere.

Lamb (319) macht Bemerkungen zur Diagnose von Verstopfung der Nase. — Castaneda (320) spricht von der angeborenen oder erworbenen Verengerung der Nasenhöhlen in ihrer Beziehung zu der aspiratorischen Bewegung der Nasenflügel. — Rogers (320) heilte einen Fall von Nasenverstopfung durch Londonpaste. — Chauveau (320) giebt eine Verordnung gegen Verstopfung der Nase beim Neugeborenen. — Porcher (319) behandelt die Wirkung der Stenose der Nase auf Hals, Ohr und entferntere Organe. — De Wett Connell (319) beschreibt einige diagnostische Gesichtspunkte bei häufigeren Formen von nasaler Obstruction und ihre Radicalheilung. — Tenknis (319) schreibt über Folgezustände und Behandlung der Obstruction der Nase. — Bardes (320) betont die Nothwendigkeit der Beseitigung von Obstruction der Nase bei Ohrerkrankungen. — Morrison (320) spricht über Athemstörungen bei Obstruction der Nase und ihre Bekämpfung. — Fälle von Fremdkörpern in der Nase theilen mit Ricra (318), Decoly (318), Fridenberg (318), Smithuisen (435). — Fälle von Rhinolithen theilen mit Hopmann (190), Withefield (319), Smith (319), Bishop (319), Ingersoll (318), Lee Felt (318). — Onodi (394) referirt über einen Fall von Thränenstein in der Nasenhöhle.

Fälle von Nasentumoren veröffentlichen Kinney (313), Dremming (313), Mayer (314), Newcomb (315). — Delavan (480) empfiehlt zur Beseitigung der Nasentumoren die glühende Schlinge. — Ueber Nasenpolypen schreiben de Santi (48), Donelan (49), Lack (51), Townsend (311), Blanchard (311), Cozzolino (311), Lockard (311), Treitel (312), Eberle (312), Currie (312), Wright (312), Broeckaert (312). — Scheibe (99) demonstrirt ein weiches Papillom der Nase. — Wingrave (146) demonstrirt zwei Hauptarten von intranasalen Papillomen. — Polyák (224) zeigt einen Fall von Papilloma durum der Nase. — Davis (50) berichtet über einen Fall von seröser Cyste der unteren Muschel und des Nasenbodens. — Lake (147) giebt Abbildungen von Cysten in dem Nasenboden. — Birkett (313) theilt zwei Fälle von Dermoidcyste der Nase mit. — Lincoln (313) berichtet über einen Fall von Fibrom der Nase. — Stein

(111) berichtet über einen Fall von Fibroadenoma cysticum nasi. — Pearson (313) theilt einen Fall von Angiom der Nase mit. — Wagner (313) publicirt mikroskopische Befunde an zwei Fällen von Angioma cysticum der Nase. — Newcomb (313) zeigt eine Abbildung eines Falles von Angiofibrom der Nase. — Fälle von Sarkom der Nase theilen mit Pelácz (314), Craig (315), Roy (315); einen Fall von Angiosarkom der Nase publicirt Cornell (315). — Lack (186) demonstrirt eine knöcherne Geschwulst eines Nasenloches. — Ball (317) beschreibt ein Endotheliom der Nase. — Matzenauer (451) demonstrirt einen Fall von geheiltem Endotheliom der Nase. — Newbok (317) berichtet über Abtragung eines carcinomatösen Polypen der Nase. — Maljutin (317) behandelt monographisch die bösartigen Neubildungen der Nasenhöhle und bespricht ihre chirurgische Behandlung. — Morrow und Montgomery (450) theilen ihre Erfahrungen über Arsenikbehandlung von Nasen- und Gesichtskrebs mit. — Heymann (313) demonstrirt ein Nasenosteom bei einem 13jährigen Knaben. — Macboy (314) berichtet über Osteophyten der Nasenkammern.

Freudenthal (197) theilt einen Fall von luetischem Primäraffect der Nase mit. — Parker (198) macht Bemerkungen über acquirirte Syphilis der Nase und des Rachens. — Gaile (198) beschreibt einen Fall von Schanker des rechten Nasenlochs. — Capps (198), Gleason (198) schreiben über Syphilis von Nase und Hals. — Levy (198) theilt drei Fälle von tertiärer Syphilis der Nase mit. — Hochsinger (198) publicirt zwei Fälle von hereditärer Knochen- und Nasensyphilis und einen Fall von angeborener deformirter Nase beim cretinistischen Myxödem. — Casselberry (199) giebt Verordnungen zur Behandlung der hereditären Syphilis von Hals und Nase und von Ozaena bei hereditärer Syphilis. — Jaboulay (200) empfiehlt subcutane Vaselininjectionen zur Verbesserung der Nasenform beim Einsinken der Nase bei Syphilis. — Philips (199) bespricht einen Fall von acuter phagedänischer Nekrose von Nase, Auge und Gesicht bei einem Syphilitiker. — Wingrave (217) behandelte einen Fall von congenitaler, syphilitischer Ulceration der Nase bei einer 20jährigen Frau. — Tresilian (217) beobachtete tertiär syphilitische Narben im Larynx. — Carle (275), Freudenthal (275) beobachteten je einen Fall von syphilitischem Schanker der Nasenscheidewand. — Gaucher (450) beschreibt ein hereditäres lupiformes Syphilid der Nase. — Moll (265) demonstrirt einen Kranken mit Lupus der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. — François (450) operirte Lupus nach Lang mit Stirnlappenbildung. — Jones (196), Notiz des Herausgebers (196) besprechen das Vorkommen virulenter Tuberkelbacillen in der gesunden Nasenhöhle bei gesunden Personen. — Bar und Texier (196) theilen drei Fälle von Nasentuberkulose mit. — Reynolds (197) bespricht einen Fall von Tuberkulose der Nase und des Pharynx. — Hinsberg (197) schreibt über Augenerkrankungen bei Tuberkulose der Nasenschleimhaut und die Milchsäurebehandlung der letzteren. — Rueda (314) beschreibt ein Riesentuberculom der Nase von 35 g Gewicht. — Mantegazza (315) injicirte Meerschweinchen und Kaninchen Reinculturen des Rhinosklerombacillus und Stoffwechselproducte desselben; beide erwiesen sich als virulent. — Leblanc (316) hat aus dem Gewebe von an Schnüffelkrankheit leidenden Schweinen Culturen angelegt und einen dem Rhinosklerombacillus ähn-

lichen Bacillus daraus gezüchtet. — Jarecky (316) demonstrirte einen Fall von Rhinosklerom, der von anderer Seite für tertiäre Syphilis gehalten wurde. — Allen (316) berichtet über zwei Fälle von Rhinosklerom.

Grant (352) demonslrirt einen Fall von nasalen Synechien. — Moir (449) beschreibt einen Fall von Atresie der vorderen Nasenlöcher. — Daubret (277) glaubt, dass viele Todesfälle durch Asphyxie oder Inanition bei Neugeborenen auf congenitale Obliteration der Choanen zurückzuführen sind. Er bespricht die Symptomatologie und Operation der Choanenobliteration. — B. Fränkel (301) stellt einen Fall mit knöchernem Verschluss beider Choanen vor. — Nordqvist (321) beschreibt einen Fall von beiderseitiger congenitaler Choanenatresie, Juffinger (321) einen Fall von angeborenem beiderseitigen knöchernen Choanenverschluss.

Gutzmann (448) giebt eine Darstellung der verschiedenen Formen des Näselns und der Therapie desselben.

Brühl (302) berichtet über Zweitheilung der Nebenhöhlen der Nase. — Brühl (9) entkalkt und entwässert Leichenköpfe, bringt sie dann in Karbolxylol, worin sie durchsichtig werden. Giesst man nun die einzelnen Nebenhöhlen mit Wood'schem Metall aus, so kann man die Ausdehnung der Nebenhöhlen, ihre Lagerung zu einander und zu ihrer Umgebung übersehen. — Eckley (10) bringt eine anatomische Darlegung der Anatomie der Stirn-, Siebbein-, Keilbein- und Kieferhöhlen. — Scheier (99) demonstrirt Anomalien der Nebenhöhlen. — Cohn (10) schreibt über Diagnose der Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase. — Nach Mc Kimmie (10) ist Probepunction bei Erkrankungen der Highmorshöhle und die Anwendung der Canüle bei denjenigen anderer Sinus zur Diagnose bedeutsamer als Durchleuchtung. — Leonard (365) schreibt über Naseneiterungen. — Braunschweig (372) veröffentlicht einen Fall von combinirtem Empyem der Gesichtshöhlen. — Hopmann (434) bespricht einen Fall von complicirter Gesichtshöhleneiterung. — Wright (16) schreibt über Empyeme der Nebenhöhlen der Nase mit Bericht über Fälle mit betheiligter Highmorshöhle. — Jousset (367) bringt Erfahrungen auf dem Gebiete der Stirn-, Keilbein- und Kieferhöhlenchirurgie mit den neueren Operationsmethoden. — Ziem (10) bringt eine Besprechung der verschiedenen Schädlichkeiten, welche bei der Entstehung und Behandlung von Nebenhöhleneiterungen in Betracht kommen. — Cordes (365) bringt einen Beitrag zur Aetiologie der chronischen Nasennebenhöhlen-Empyeme. — Vasant (364) macht Bemerkungen zur Pathologie, Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. — Bryant (365) schreibt über die pathologische Bedeutung von Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. — Winkler (98) stellt drei Fälle von operirten Nebenhöhlenerkrankungen vor. — Castex (364) spricht über Entzündungen der Nasensinus. — Bishop (367) empfiehlt zu Sprayungen und Insufflationen der Nebenhöhlen der Nase den Davison'schen Zerstäuber. — Hubbard (374) veröffentlicht einen Fall von Orbitalabscess, der von einer Infection durch die vorderen Foramina ethmoidalia auszugehen schien. — de Greift (365) stellt einen Kranken mit Pansinusitis vor. — In seiner Technik der Mundchirurgie behandelt Weiser (370) die Methodik der Eröffnung des Antrum Highmori. — Wells (367) empfiehlt zur Nachbehandlung bei Operationen an den Nebenhöhlen der Nase 2 bis 5proc. Protargollösung oder 20 bis 40proc.

wässerige Glycerinlösungen. — Jacques und Bertemès (371) beschreiben paradentäre Cysten und entzündliche und gutartige Tumoren der Gesichtshöhlen, vornehmlich der Kieferhöhle. — Collier (217) demonstrirt das Präparat eines Oberkiefers, der wegen eines Epithelioms, das die Kieferhöhle ausgefüllt hatte und in die Alveolen durchgebrochen war, entfernt worden war. — Schwenn (366) liefert einen Beitrag zur Lehre von den bösartigen Geschwülsten. — Meyer (303) erwähnt einen Fall von Osteomyelitis des Oberkiefers, der anfänglich als Oberkieferempyem imponirte. — Treitel (303) berichtet über einen Fall von syphilitischer Oberkiefernekrose, der anfänglich den Eindruck eines Nebenhöhlenempyems machte.

Capart jr. (351), Buys (368) demonstriren Präparate von Anomalie der Highmorshöhle. — Heermann (368) demonstrirt einen Fall, in dem die Kieferhöhle als Athmungsweg diente. — Onodi (367) bespricht nach dem Studium von 20 Schädeln das Verhältniss der Kieferhöhle zur Keilbeinhöhle und zu den vorderen Siebbeinzellen. — Cryer (16) behandelt den Infectionsmodus der Kieferhöhle. — Sargnon (16, 369), Partsch (100) veröffentlichen je einen Fall von Kieferhöhlenentzündung dentalen Ursprungs mit Herausbeförderung einer Zahnwurzel auf natürlichem Wege durch Spülungen. — Schiffers (352) giebt an der Hand von 20 Lichtprojectionen einen Bericht über die Sinusitis maxillaris. — Castex (369) bespricht einen Fall von schwerer Kieferhöhlenentzündung bei einem fünfwöchentlichen Kinde. — Bronner (368) behandelt die Erkrankungen der Kieferhöhle, ihre Symptome, Ursachen und Behandlung. — Landgraf (16) bespricht ein Kieferhöhlenempyem, welches sich nach Durchbruch eines Alveolarabscesses entwickelt. — Winslow (16) bringt einige Beobachtungen über Diagnose und Behandlung des chronischen Kieferhöhlenempyems. — Halle (17), Pfingst (67), Stein (111), Jacobsohn (369) schreiben über Empyem der Highmorshöhle. — Robertson (17) behandelt das chronische Empyem der Highmorshöhle, Mayer (17) die Erkrankungen der Highmorshöhle. — Mayer (473) spricht über Empyem der Highmorshöhle bei jüngeren Kindern. — Casselberry (473) berichtet über zwei Fälle von schwerer Erkrankung der Highmorshöhle. — Stucky (371) berichtet über chronisches Empyem der Kieferhöhlen. — Koyle (15) berichtet über einen Fall von Tic douloureux, bei dem die Eröffnung der Highmorshöhle sich als wirkungslos erwies, der nach Behandlung der Augenmuskeln geheilt wurde. — Harris (15) schreibt über einen Fall von schmerzhafter Neuralgie bei Kieferhöhlenerkrankung. — Nach Knyk (15) hört der Patient die Stimmgabel schwach oder nicht, wenn das Antrum Flüssigkeit enthält. — Betz (371) berichtet über einen Fall von Gelenkrheumatismus mit Erythema exsudativum als Folgeerscheinung einer Kieferhöhleneiterung. — Avellis (373) schreibt über die Bedeutung der Schleimhautgeschwüre bei der acuten Nebenhöhleneiterung. — Halstead (366) beschreibt einen Fall von Empyem der rechten Kiefer-, Siebbein- und Keilbeinhöhle mit plötzlicher Erblindung auf dem linken Auge. — Panse (371) veröffentlicht einen Fall von Kiefer- und Keilbeintuberkulose mit plötzlicher Erblindung und tödtlichem Ausgange; der Opticus erwies sich bei der Section käsig zerfallen. — Emmenegger (370) bespricht die Operation der eiterigen Sinusitis maxillaris mit besonderer Berücksichtigung der supra-

turbinalen Resection nach Siebenmann. — de Ponthière (370) spricht sich für die Caldwell-Luc'sche Methode der Operation des Empyems der Highmorshöhle aus. — Moll (265) operirte bei Empyema antri Highmori nach Luc. — Courage (369) bespricht die Behandlung der Kieferhöhleneiterung. — Hamilton (18) beschreibt einen Fall von partieller Resection des Oberkiefers wegen Erkrankung der Kieferhöhle mit Ligatur der Carotis externa eine Woche vor der Operation. — Baratoux (18) liefert eine historische Studie über die chirurgische Eröffnung der Kieferhöhle im 17. Jahrhundert. — Mittheilungen über Fremdkörper in der Kieferhöhle machen Gulikers (15), Heymann (15), Rivière (15), Duel (15), Liaras (16), Hawkes (16). — Onodi (222) beschreibt einen Fall von solitärer Cyste der Highmorshöhle. — Puzei (371) entfernte ein Sarkom der rechten Kieferhöhle. — Tresilian (218) entfernte partiell ein Osteosarkom der Kieferhöhle. — Curtis (17) operirte ein primäres Epitheliom der Higmorshöhle.

Nach Jacques (371) geben die Form des Gesichts und der Grad, um den die Augenbrauen hervorspringen, keinen Anhalt über die Grösse der Stirnhöhlen. Die Entwickelung dieser Höhlen kann nach hinten zwischen die Augenhöhlen bis zum Keilbein hin vor sich gehen. — de Mendoza (11, 372) constatirte dreimal das Bestehen ein- oder doppelseitiger überzähliger Stirnhöhlen, die mit der eigentlichen Stirnhöhle ausser Zusammenhang stehen und einen besonderen Nasofrontalcanal besitzen. — Payne (372) bespricht Anomalien der Stirnhöhle; er empfiehlt eine Modification der Kuhnt'schen Operation. — Wells (11) bespricht die Sondirung und Irrigation der Stirnhöhle durch die natürliche Oeffnung. — A. Meyer (305) demonstrirt seine Methode der gleichzeitigen Durchleuchtung beider Stirnhöhlen. — Rollet (372) beschreibt eine nasoorbitale Hyperostose als Zeichen einer Erweiterung der Stirnhöhle. — Ricard (11) schreibt über eitrige Stirnhöhlenentzündung bei Ozaena. — Tilley (12) berichtet über chronisches Empyem der Stirnhöhle, Turner (12) über chronische Eiterung der linken Stirn- und Kieferhöhle mit Asthma. — Risley (13) veröffentlicht zwei Fälle von Verdrängung des Augapfels durch Stirn- und Siebbeinhöhlenerkrankung. — Thomson (45) bespricht einen Fall, in dem sich die Stirnhöhle 3 Monate nach der Eröffnung durch Granulationen schloss. — Tilley (147) bespricht einen Fall von Stirnhöhlenempyem mit deutlicher Distension der inneren Wand der Höhle. — Thomson (187) demonstrirt einen Fall von Stirnhöhleneiterung. — Ingals (372) schreibt über Empyem der Stirnhöhle. — Beco (353) spricht über ein Recidiv bei einem an Sinusitis frontalis mit der Radicaloperation behandelten Patienten. — Polyák (393) spricht über acutes latentes Empyem der Stirnhöhle. — Mouret (373) behandelt die Beziehungen der Stirnhöhle zur Siebbeinhöhle. — Pooley (374) veröffentlicht einen Fall von Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen und Abscess der Augenhöhle. — Mayer (11) behandelte einen Abscess des Frontalsinus. — Bryan (474) berichtet über einen Fall von Abscess der Stirn-, Siebbein- und beider Keilbeinhöhlen mit ausgedehnter Knochennekrose bei gleichzeitigem Adenom der hinteren Siebbein- und Keilbeinhöhlen. — Lack (50) beschreibt einen Fall von Mucocele der Stirnhöhle. — Spicer (45) spricht über chronische Stirnhöhleneiterung und ihre Behandlung durch Kuhnt's Radicaloperation. — Tilley (45) berichtet über einen Fall von geheilter Maxillar-, Ethmoidal- und Frontalhöhlenentzündung. — Tilley (187) demonstrirt drei Fälle von Stirnhöhlen-

operation. — Herzfeld (372) beschreibt einen durch Operation geheilten rhinogenen Stirnlappenabscess. — Compaired (373) veröffentlicht zwei Fälle von Trepanation des Stirnsinus. — Thomas (373) beschreibt seine Operationsmethode zur Heilung von Stirnhöhleneiterung. — Kan (264) operirte ein Osteom der linken Stirnhöhle. — Hamilton (13) schreibt über zwei Fälle von Operation von Stirnhöhlenosteom. — Habermann (12) beschreibt einen Fall von Cholesteatom der Stirnhöhle. — Levings (13) bespricht die Aetiologie, Pathologie und Behandlung von Tumoren der Stirnhöhle. — Goldsmith (13) beschreibt einen Fall von primärem Sarkom der rechten Nasenhöhle mit acuter Entzündung der Stirnhöhle und Orbita.

Rice (374) macht auf die Bedeutung einer Prophylaxe chronischer eitriger Siebbeinentzündung durch prompte Localbehandlung aufmerksam. — Musson (374) schreibt über rareficirende Ostitis bei chronischer Eiterung des Siebbeins, atrophische Rhinitis vortäuschend. — Baurowicz (375) veröffentlicht einen Fall von Mucocele des Siebbeinlabyrinths mit Veränderungen in der Augenhöhle. — Broeckaert (374) veröffentlicht einen Fall von Glaskörpertrübungen und Netzhautablösungen infolge von Siebbein- und Stirnbeinhöhlenentzündungen. — Harlan (374) operirte einen Abscess der Orbita, der von einer Siebbeinerkrankung ausging. — Ray (374) beschreibt einen Abscess von Siebbein- und Kieferhöhle.

Douglass (14) beschreibt die lufthaltigen Sinus der Keilbeinhöhle. — Miller (14) beschreibt zwei Fälle von Erblindung durch Keilbein- und Siebbeinhöhlenerkrankung. — Custer (14) beschreibt Fälle von einfachem und complicirtem Empyem der Keilbeinhöhle. — Gaudier (375) behandelte einen Fall von Keilbeinhöhlenentzündung mit Dilatation der Sinusmündung durch die Volkmann'sche Curette nach Resection des hinteren Abschnittes der mittleren Muschel. — Furet (375) giebt eine Uebersicht über die Frage der chronischen Keilbeinhöhlenentzündung. — Guye (375, 434) berichtet über Ausräumung der Keilbeinhöhle bei recidivirenden Nasenpolypen. — Furet (14) bespricht die Behandlung des Empyems der Keilbeinhöhle. — Toubert (14) liefert einen Beitrag zum Studium der intracraniellen Complicationen der Keilbeinhöhlenentzündung.

Malherbe (68) giebt Verordnungen zur Antisepsis des Nasenrachenraums. — Hopmann (189) bespricht zwei Fälle von Anomalien des Nasenrachenraums. — Moure und Lafarelle (405) studirten die Formation des Nasenrachenraums. — Botey (65) veröffentlicht einen Fall von Pseudohämoptyse. — Huber (62) behandelt die Nasenrachenerkrankungen in der Kinderpraxis. — Dabney (63) schreibt über die Nasenrachenerkrankungen bei Erwachsenen. — Williams (64) schreibt über toxische Lähmung des Pharynx. — Jakobi (64) schreibt über Pharynx und Nase bei Rheumatismus. — Aviragnet (407) berichtet über die Rhinopharyngitis und ihre Complicationen bei den Kindern. — Lennox-Browne (63), Notiz des Herausgebebers (63) geben Verordnungen gegen acuten Rachenkatarrh. — Seiss (64) schreibt über den atrophischen Pharynx. — Dunbar Roy (407) schreibt über Thornwaldt'sche Krankheit. — Peltesohn (407) bespricht die Angina lacunaris des Nasenrachenraums. — Braden Kyle (65), Donnellan (65) besprechen die Pathologie der Pharynxmykose. — Seibert

(407) empfiehlt 50proc. alkoholische Resorcinlösung zur Behandlung des Nasenrachenraums bei Scharlach. — Ueber Syphilis des Nasenrachens schreiben Fischenich (66), Toulon (66), Donelan (198), Nourse (218), Seibert (407). — Rethi (70) berichtet über latente Tuberkulose der Pharynxtonsillen, Comba (65) über drei Fälle subacuter Tuberkulose des Pharynx bei Kindern. — Waldmann (228) beschreibt einen Fall von Scleroma cavi rhinopharyngealis. — Reinhardt (64) beschreibt 12 Fälle von Sklerom, bei denen es zu Verengerung der Tube kam infolge von Schrumpfungsvorgängen und Narbenbildungen. — Mittheilungen über adenoide Vegetationen machen Alkan (1), Chappel (68), Koplik (69), Huber (69), Dickermann (69), Ricci (70), Kerrison (70), Phillips (70), Rivière (70), Tompson (71), Lapsley (71), Putnam (71), Kent Hughes (71), Chappell (71), Huber (72), MacKinney (72), Arthur (72), Huber (72), Davis (143), Johnston (188), Semon (297), Broeckaert (353), Natier (408), Lennox-Browne (217), Yearsley (408), Bonne (408), Mitchell (409), Fischer (409), Welche (410), Gradle (410), Buys (410), Rabat (410), Mc Reynolds (410), Kelly (411), Rudloff (411), Notiz des Herausgebers (411), Gleitsmann (411), Seifert (412), Hagedorn (411), Getschell (412), Shurly (412, Broeckaert (413), Holmes und Garlick (413), Justi (413), Hopmann (434), Zwillinger (438), Gleitsmann (475). — Baumgarten (440) operirte einen faustgrossen Choanalpolypen bei einem 12jährigen Knaben. — Albrecht (414) gab in drei Fällen von leukämischen Tumoren des Nasenrachenraums mit gutem Erfolge Jodkali innerlich. — Dudley (411) operirt Lymphoidgeschwülste des Nasenrachenraums am aufrecht sitzenden Patienten. — Nach Wright (1) gehen obstruirende Lymphgewebshypertrophien im Nasenrachenraum meist mit spitzem Gaumen einher. — Mercer (66) schreibt über pharyngeale und nasopharyngeale Geschwülste. — Stepanoff (399) demonstrirt einen Nasenrachenpolypen. — Mulholland (414) beschreibt einen selten grossen Polypen im Pharynx. — Francis (414) schnürt postnasale Polypen durch Fadenschlingen ab, die von Mund sowie Nasenhöhle her combinirt eingeführt werden. — Texier (67) operirte einen grossen Dermoidpolypen des Pharynx bei einem dreimonatlichen Säugling. — Fälle von Rachenfibromen beschreiben Richter (66), Recanaseri (67), Payne (67), Saxtorph (111), Polyák (223), Halasz (414), Philip (414), Papanicolaou (414), Smithhuisen (436). — Thompson (67) heilte ein Sarkom des Nasenrachenraums durch Formalininjectionen. — Mc Reynolds (67) berichtet über Sarkom des Nasenrachenraums. — Fälle von Carcinom des Nasenrachenraums beschreiben Elder (58), Jackson (68, 415), Gellat (67), Belajeff (397).

Instrumente: Bronner (50): Scharfe Trephine zur Operation von Stacheln und Verbiegungen des Septums. — Delsaux (351): Nasendilatatoren. — Labarre (352): Modificirte Beckmann-Rosseaux'sche Curette. — Buys (352): Schneidende Curette. — Hopmann (435): Instrumente für die Keilbeinhöhle; abgeänderte Schäffer'sche Löffelsonden. — Heymann (105): Watteträger für den Nasenrachenraum. — Amberg (413): Adenoidsonde. — Buys (413): Neue Curette für adenoide Wucherungen.

Monographien und Lehrbücher: Cartaz (141): Erkrankungen der

Nase. — Grünwald (260): Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. — Luc (179): Vorträge über die Eiterungen des mittleren Ohres und der Nebenhöhlen der Nase, sowie ihre intracraniellen Complicationen. — Turner (389): Die Nebenhöhlen der Nase. — v. Schrötter (349): Bemerkungen über die Bedeutung eines systematischen Studiums des Skleroms.

J. Katzenstein.

C. Mundrachen.

Eine vergleichend anatomische und physiologische Studie über den Rachen von Phocaena communis veröffentlicht Boenninghaus (376). — Die gegenseitigen Beziehungen zwischen Pharynx und Larynx bei Chiropteren behandelt O. Grosser (165). — Bei einem Anencephalus konnte Sternberg (415) eine deutliche Reaction auf die 4 Geschmacksqualitäten feststellen. — In seinen Untersuchungen über den Schluckakt kommt Schreiber (416) im Gegensatz zu Kronecker und Melzer zu dem Resultat, dass der Oesophagus erst mit der Hebung des Kehlkopfes geöffnet wird, in diesem Augenblick treten die Constrictoren, welche Schr. für wichtiger hält als den Mylohyoideus, in Thätigkeit. — Demme (104) unterscheidet 3 Formen von Gefässanomalien im Pharynx 1. abnormen Verlauf, 2. Aneurysmen, 3. angiomatöse Geschwülste. — Eine abnorme Pulsation im Pharynx demonstrirt Norregard (262). — In einer Studie über pharyngo-laryngeale Hemiplegie erörtert Desvernine (170) ausführlich die Anatomie, Physiologie und Pathologie des Facialis, Vagus und Accessorius besonders in ihrer Beziehung zum Velum und Larynx.

Die pathologische Bakteriologie des Rachens bespricht Parmentier (165), nach seiner Ansicht ist die Basis der Behandlung der Pharynxaffectionen die Antisepsis, durch die Secundärinfectionen vermieden werden können. — Lewis S. Somers (377) befürwortet die Classification der Pharyngitiden nach dem bakteriologischen Befunde. In 1 Falle von Pharyngitis membranosa fand Casselberry (376) einen Strepto- in einem andern Staphylococcus, ohne ihre ätiologische Bedeutung nachweisen zu können.

Die traumatischen Einflüsse auf die Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfs werden im Philadelphia Med. Journ. (165) erörtert, die gewöhnlichen Erkrankungen des Rachens von Murray (165) einer Besprechung unterzogen. — Escat (215) bearbeitet in einer Monographie die Erkrankungen des Pharynx. — Schmidt (168) und Walker Downie (168) veröffentlichen Fälle von Verbrennungen des Pharynx. — 3 Fälle von Fischgräten im Pharynx publicirt S. Oppenheim (168). — Huybrechts (377) und W. Stanley Samson (378) theilen je einen Fall von Fremdkörper des Pharynx mit. — G. Lauda (168) beschreibt Blutungen der hinteren Rachenwand, die ein Hämoptoe vortäuschten. —

Eine Verdickung des interstitiellen Gewebes im Rachen und Nasenrachen, welche er als sklerotische Hyperplasie bezeichnet, beobachtete Brown Kelly (166) bei einem Patienten, bei dem anamnestisch keine syphilitische Infection nachweisbar war. — Forundarena (376) weist auf die Trockenheit der Pharynxschleimhaut als charakteristisch für Diabetes hin.

Auf Grund bakteriologischer ätiologischer und klinischer Thatsachen erklärt Schech (169) das Erysipel und die acute infectiösePhlegmone des Pharynx und Larynx für identisch. — Die Beziehungen zwischen Erysipel, Phlegmone und Abscess des Pharynx erörtert Hödlmoser (169) im Anschluss an einen Fall, der septisch an einer Infection mit Diplokokken (Pneumoniekokken [?]) zu Grunde ging. — Frederikse (266) zeigt in der Niederländischen Gesellsch. für Hals- etc. Heilkunde ein mikroskopisches Präparat von Fibroma pendulum des Pharynx. — H. Burger (55) beobachtete und operirte eine Pharynxcyste. — Ein recidivirendes Lymphangioma cavernosum der hinteren Rachenwand operirte Weil (377). — J. M. Elder (167) beschreibt einen Fall von wahrscheinlich vom Nasenrachen ausgehenden Pharynxcarcinom bei einem 14 jährigen Knaben, dessen Mutter am Krebs gestorben war. — Die Technik der Operation grosser pharyngealer Geschwülste bespricht J. F. Bimmie (167).

Zander (205) fand Talgdrüsen in der Mund- und Lippenschleimhaut bei Individuen beiderlei Geschlechts jeglichen Alters. — Einen enormen Naevus der Oberlippe beobachtete Hallopeau (18) — Buhl (263) stellt einen Patienten mit Angiom der Oberlippen vor. — E. Thompson (206) erörtert die chirurgischen Operationen der Hasenscharte. — 3 Fälle von Lippen- und Wangenkrebs sah Morestin (18), ein Epitheliom der Wange nach Leucoplacia buccalis Du Castel (19) und J. H. M. (246). — Schweitzer (19), W. S. Bambridge (246) und von Ranke (19) empfehlen die chirurgische Behandlung der Noma, Guinon (19) die Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd, Cressy (246) den Thermokauter, Strauwen (204) auf Grund einer Beobachtung Antidiphtherie-Serum; Kissel (204) sah einen Fall nach Behandlung mit heissem Kal. hypermangan. und Jodoform heilen. — Louis Fischer (451) theilt einen Fall von Noma nach Scharlach mit.

In seiner Arbeit über Bau und Topographie des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers berücksichtigt Loos (20) besonders die Zahnextraction und die Behandlung der Kieferhöhlenerkrankung, insbesondere die Eröffnung vom Alveolarfortsatz. — Der primitive Gaumen wird nach Peter (417) durch Verschmelzung der Nasen- und Oberkieferfortsätze gebildet. — Menzel (21) publicirt einen Fall von Oberkiefercyste, desgleichen Preindlsberger und Wodynski (206), Menzel (206), Jungnickel (206). — Mayo Collier (217) zeigt das Präparat eines in die Alveolen durchgebrochenen Kieferhöhlenepithelioms. — Newcomb (21) theilt einen Fall ausgedehnter syphilitischer Zerstörung des Oberkiefers mit. — A. Hugh Fergusson (22) entfernte den Oberkiefer vom Munde aus, einen Obturator nach Oberkieferresection schildert Vierthaler (22). — Prackin (417) transplantirte bei narbiger Kieferklemme einen Hautlappen vom Halse in die Mundhöhle. — Zur Fixation von Kieferfracturen empfiehlt J. H. Rothwell (21) eine Modellirmasse, die im warmen Wasser erweicht und beim Erkalten härtet. — Peyrot und Milian (21) veröffentlichen 1 Fall von Epitheliom, 1 von Chondrom, 1 von zahntragender Cyste des Unterkiefers. — 1 Endotheliom mit alvelärem Bau beschreibt Edmond Hollande (21), 1 Sarkom Thiriar (206). — 1 Adamantinom — d. h. eine aus Schmelzkeimen hervorgegangene Geschwulst — entfernte Rosenberger (417) aus dem rechten Ober-

kiefer eines 61 jährigen Mannes, Blümm (417) untersuchte die Geschwulst mikroskopisch.

C. M. Wright (10) und Forchheimer (25) besprechen die Pyorrhoea alveolaris. — Eugène S. Talbot (19) betrachtet die interstitielle Gingivitis als ein deutliches Symptom von Autointoxication und Arzneivergiftungen. — Nach Gruet (19) ist nur ein Neoplasma des Alveolarrandes als Epulis zu bezeichnen, dasselbe kann ein Fibrom oder Sarcom sein. — Einen Fall von doppelseitiger eigenartiger Epulisbildung schildert Geist (20). — Ein Gummi des Zahnfleisches beschreibt Kügler (20), eine vom Zahne ausgehende Facialislähmung Rodien (205).

Hensen (22) untersuchte die Resonanz des Mundhöhle, Maljutin (398) betrachtet insbesondere den harten Gaumen als Resonator. — In einer Dissertation untersucht Gorschkow (22) experimentell und klinisch die Centren des Geschmackes und Geruches. — v. Bechterew (243) hat dasselbe Thema bearbeitet. — Kiesow und Holm (244 u. 415) fanden, dass die Gaumenbögen, Tonsillen, Uvula und der harte Gaumen keine Geschmacksempfindung besitzen, während der weiche Gaumen alle 4 Geschmacksqualitäten, die Epiglottis bitter und süss empfindet. — C. F. Sassari (243) kommt zu dem Resultat, dass die Zahl der Masticationsacte nicht von der Saccharification abhängt, sondern von der Consistenz der Speise. — Claudio Fermi (416) kommt zu ähnlichen Resultaten. — Die Zerkleinerung und Lösung der Speisen beim Kauact untersucht Gaudenz (416). — Das Vorkommen der Talgdrüsen in der Mundschleimhaut hat Zander (205) untersucht.

Interessante Untersuchungen über die Mikroorganismen der Mundhöhle junger Kinder machte Pletenew (23), Beiträge zur Bakteriologie liefert Goadby (244), Sébileau (24 und 244) erörtert die verschiedenen Formen buccaler Septicämie.

Die Bedeutung der Hygiene des Mundes betonen M. H. Fletcher (23), R. Reyburn (23), Th. Dentz (23), S. L. Goldsmith. — Jacob Sobel (244) verlangt, dass man sich bei der Untersuchung der Kinder nicht auf eine Besichtigung der Tonsillen beschränkt, sondern die ganze Mund- und Rachenhöhle inspicirt. — Blutige Transsudation bei einer alten Frau aus veränderten Gefässen des Mundbodens infolge von Saugbewegungen beobachtete D'Ajutolo (25). — Ein cystisches Dermoid des Mundbodens demonstrirt Fitzgerald Powell (48). — Morestin veröffentlicht 1 Fall von Krebs des Mundbodens. — Ein angeblich aus einem gutartigen Geschwür entstandenes Carcinom der Mundhöhle stellt Posthumus Meyjes (264) vor, Burger hält die Umwandlung aber nicht für erwiesen.

Guinon (24) sah eine eitrige Stomatitis mit Erythem nach einer Seruminjection. — Gabriel Artaud (24) beschreibt eine scharlachähnliche Eruption bei acuter aphthöser Stomatitis. — A. Trambusti (25) fand bei diphtheroider Stomatitis Oospora. — Bei einer Pneumonie fand Charles Cary (25) in Pseudomembranen der Mundschleimhaut ebenso wie in Pharynx, Nase, Conjunctiva etc. den Diplococcus pneumoniae. — Der Stomatitis mercurialis widmen Ritter (245) und Bockhart (451) einen Aufsatz, Artault (245) sah eine Stomatitis nach Genuss von Früchten, die mit Liparis chrysorrhoea in Berührung gekommen

waren. — Neuhoff (451) bespricht die Stomatitis aphthosa. -- J. S. Fowler (24) heilte einen Fall von Streptococcenstomatitis durch Antistreptococcenserum. — Schleimhautgeschwüre unbekannter Ursache im Rachen beobachtete Baurowicz (245), eine Ulceration des Mundes durch den Bacillus fusiformis Duel (452).

Ueber die Papillae fungiformes der Kinderzunge und ihre Bedeutung als Geschmacksorgan arbeitet Stahr (453). — Tagwater (453) sah bei einem Manne die Zunge durch eine centrale Furche in zwei Hälften gespalten, Fabre und Delossow (454) bei einem Neugeborenen mit Unterkieferatrophie und Gaumenspalte die Zunge zurückgeschlagen. so dass sie den Larynxeingang comprimirte. — H. M. Fletcher (281) betrachtet die Zunge als Brutstätte für Bakterien. — Nach J. Marshall Beffel (452) ist das Leukom als gutartige Epithelialgeschwulst aufzufassen, die unter Umständen in die Tiefe wuchern kann. — Gegen die Leukoplakia linguae et buccalis empfiehlt Bockhart (281) Kochsalzspülungen, Resorcinpaste und Acid. lact., Otto J. Klein (452) Röntgenstrahlen.

Einen Fall von Hemiatrophie der Zunge in Folge von Paralysis hypoglossi veröffentlicht Guillain (281), eine glosso-pharyngo-labiale Lähmung bei Aneurysma aortae Freudenthal (281). — Eine halbseitige Zungenphlegmone nach Angina stellt Hopmann (190) vor.

Heyn (280) beschreibt einen Fall von Tuberkulose der Zunge, die sich als haselnussgrosser Knoten darstellte, eine syphilitische Glossitis Fournier (280). — Guérard-Marchand (281) exstirpirte ein Lipom der Zunge. — Casuistische Mittheiluneen über das Zungencarcinom liegen vor von Piollet (281), J. A. Blake (454) und E. Rixford. — Moll (264) demonstrirt ein mikroskopisches Präparat von Zungencarcinom. — Vinrace (217) demonstrirt einen Fall von Ulcus der Zunge, das Dundas Grant für ein Epitheliom ansieht.

Die glatte Atrophie des Zungengrundes ist ein postsyphilitisches Symptom, dessen Fehlen nach Heller (280) nicht gegen, dessen Vorhandensein als einziges Symptom nicht sicher für Syphilis spricht. — Hecht (78) theilt einen Fall von Pharynxstenose durch Verwachsung des Zungengrundes mit der hinteren Rachenwand mit. — Eine accessorische Schilddrüse am Zungengrund beschreibt C. F. Thiven (454). — 9 Fälle von Sarcom der Zungenwurzel stellt G. E. Shambough (454) zusammen. — Dundas Grant (186) demonstrirt eine Geschwulst des Zungengrundes, bei der die Diagnose Sarcom oder versprengte Schilddrüse in suspenso bleibt. — Die Angina der Zungentonsille bespricht Joncheray (80).

A. Maximow (124) hat an Hunden die Veränderung der Speicheldrüsen nach Durchtrennung der Chorda tympani studirt; er fand die Submaxillaris verkleinert, das Drüsengewebe weicher, das Bindegewebe derber. Die Verkleinerung entsteht durch Verkleinerung des Parenchyms, vorzugsweise der Schleimzellen, die Halbmondzellen sind Anfangs vergrössert, später verkleinert. Die Granulationen im basalen Abschnitt im Epithel der Speichelröhren werden unregelmässig gelagert und spärlicher. Die Epithelien werden kleiner und zeigen Vacuolen. — Je 1 Fall von spontaner Ausstossung eines Speichelsteines theilen G. J. Maguire (125) und Pouly (125) mit. weitere Fälle von Speichelstein veröffentlicht M. D. Ledermann (125) und Auerbach (221). — Coudret (247) empfiehlt bei Verlegtsein der Drüse durch Steine und bei intraglandulären Steinen die Total-

exstirpation der Submaxillaris. — Eine Fistel des Stenon'schen Canals durch einen Gabelstich heilte Nélaton (125) operativ. — Dreyfuss (220) sah in einem Falle von Mumps der Parotis und der Submaxillaris ein Larynxödem mit nachfolgender Orchitis. — Während einer Epidemie von Parotitis sah H. R. Folmer (125) 12mal eine Entzündung der Submaxillaris, darunter 2mal mit Nephritis complicirt, eine Entzündung der Submaxillaris durch Jodismus beschreibt R. Fürth (247), der Parotitis Castelli (453). — 2 Fälle von Nephritis nach Parotitis beobachtete W. O. Gauder (127), 1 Fall von Chorioiditis Carpenter (127). Bévallot (126) sah eine Parotitis im Verlauf von Typhus. — Als Complication von Pneumonie trat Mumps in den Fällen von T. C. Morris (126), D. J. Milton Miller (126), Ch. W. Dulles (126), G. W. Norris (126), A. A. Eschner (126) auf, als Complication von Gehörgangserkrankungen in den Fällen von Jürgens (126) und Fr. R. Packard (127), nach Laparotomie bei W. Elder (127), nach Perityphlitisoperation B. Stanley Thomas (453). — Die Tuberculose der Parotis tritt nach Darmet (453) meist primär auf, entweder abgekapselt circumscript oder diffus infiltrirt, ulcerirt oder nicht; die Prognose ist günstig. — H. Butlin (247) bespricht die Pathologie und operative Behandlung der Parotistumoren. —

Bottermund (72) untersucht die physiologische Bedeutung des Zäpfchen für die Singstimme. — Nach Réthi (281) werden die Drüsen des Velum vom Halssympathicus und dem Facialis innervirt. — Geronzi (417) bespricht im Anschluss an einen Fall von Spasmus die Innervation des Velum, welche er dem Hypoglossus zuschreiben möchte. — Einen Fall von klonischem Krampf des Gaumens, des Pharynx und des Larynx bei einer 30jährigen Frau demonstrirt Sir Felix Semon (45) in der Londoner laryngologischen Gesellschaft. In der Discussion sprechen Lambert Lack, Herbert Tilley, Watson Williams, Clifford Beale und Scanes Spicer. — Havilland Hall (143) demonstrirt einen Fall von Lähmung des Gaumensegels, der linken Stimmlippe, der rechten Gesichtshälfte und des rechten Genioglossus wahrscheinlich in Folge von Polioencephalitis.

Stern (72) bespricht in einer Dissertation die congenitalen Anomalien der Uvula und des weichen Gaumens. — Eine Anomalie des Velum beschreiben De Gorose (73), Vinrace (217) und Ehrmann (417), eine überzählige Uvula sah J. Mullen (454), congenitale Missbildungen des Velum vergesellschaftet mit Narben in Folge scarlatinöser Ulceration H. J. Davis (46). — Sir Felix Semon (50) hält die symmetrischen Spaltbildungen in den vorderen Gaumenbögen mit völligem Mangel der Tonsillen für einen Entwickelungsfehler. — Einen Fall angeborener Fensterung der Gaumenbögen theilt Watson Williams (144) mit. — Eine neue Methode der Uranostaphylorrhaphie giebt A. H. Fergusson (73) an. — H. J. Davis (143) stellte in der Londoner laryngologischen Gesellschaft einen Patienten mit abnorm langer Uvula vor. — Ueber die Gaumennaht arbeiteten J. W. Brophy (76) und J. Wolff (76 und 418), v. Eiselsberg (282), Bartelt (418) und Potter (419). — J. B. Stone (282) empfiehlt die frühzeitige Operation des Palatum fissum nicht, er widerräth auch die vorherige Entfernung von Adenoiden. — Die Beziehungen des gespaltenen Gaumens zu Sprachstörungen er-

örtert Makuen (479). — Gersuny (76) empfiehlt eine Paraffinprothese, ebenso Moszkowicz (419), Raymond (419) eine gewöhnliche Prothese. —

Augustus König (74) operirte einen Fall von Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand, welche angeblich durch ein Ulcus im Anschluss an Erkältung bei einem 11jährigen Knaben entstanden sein soll! — Eine syphilitische Zerstörung des Velum beschreibt F. J. Quinland (74). — Ueber traumatische Affectionen der Uvula berichtet Seymour Oppenheimer (282) und W. E. Haddon (282). — Ein wallnussgrosses Hämatom am Velum in Folge von Kauen eines harten Bissens demonstrirt de Santi (144).

Ein Fibromyxom des weichen Gaumens sah Noquet (74) bei einem 3jährigen Kinde, ein Adenomyxom Chaput (74) und Cornil und Chaput (75); ein Papillom mit Ausgang in Sarcom (schon 4 Wochen nach der Entfernung!), Melville Black (74), ein Papillom Dudley (282), ein myxomatöses Endotheliom H. Cordes (75), ein Cancroid C. M. Cobb (75), ein Sarcom G. A. Syme (75), ein Hämoangiosarcom Catterina (76), ein Angioma simplex varicosum Hecht (78), ein Epitheliom Pinatelle (283) und Seymour Oppenheimer (283), ein Fibromyxosarcom Gaudier (418), einen angeblich gichtischen Tumor E. R. Brown (418), einen malignen Tumor der Uvula Rayner (455). — Eine Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand durch Tuberculose sah Löwy (167), durch Syphilis Curtis (169).

L. Henry (24) hält die Tonsillen für wichtige Schutzorgane gegen Infectionen, er verwirft deshalb die totale Exstirpation derselben. — Bosworth (477) ist nicht dieser Ansicht. — Die Tonsillen als Eingangspforten für Infectionen betrachtet der Herausgeber des Journ. Amer. Med. Assoc. (82), Ullmann (82), St. Clair Thomson (82), C. M. Cobb (82). — Die Histologie der retrograden Veränderungen an den Tonsillen Erwachsener bespricht Goodale (477). — Ein Präparat ungewöhnlich grosser Tonsillen demonstrirt Simpson (327). — Mongardi (82) berichtet über 2 Fälle von Lymphadenie der Tonsillen, Cheroids Ferreri (83) über Leukämie tonsillären Ursprungs. — Wyatt Wingrave (327) sah Ausschlag mit gleichzeitiger Leukocytose nach der Tonsillotomie und demonstrirt ein Präparat von Schleimhautflecken auf der Tonsille (49). —

4 Fälle von Mykosis tonsillaris theilt Hardcastle (84) mit. — Die Pathologie der Pharyngomykosis untersucht Braden Kyle (166), weitere Publicationen über dieses Thema liegen von A. G. Root (377) und J. A. Thompson (377) und Nielsen (452) vor. — Im Anschluss an eine Demonstration von Atwood Thorne (147) besprechen Scanes Spicer und Fitzgerald Powell die Therapie der Pharyngomykose. Wyatt Wingrave will auch für die Behandlung zwischen Leptothrix und Keratose unterschieden sehen; Sir Felix Semon meint, dass die Erkrankung bei Leuten mit geschwächter Gesundheit vorkomme und empfiehlt Allgemeinbehandlung. — E. Yonge (328) publicirt einen gestielten lymphoiden Tumor der Tonsille. — Ulcerationen der Tonsillen wahrscheinlich tuberculöser Natur beschreibt Norregard (262). — Prota (84) berichtet über 12 selbst beobachtete maligne Tumoren der Tonsillen: 2 Sarcome, 5 Lymphosarkome, 2 Carcinome und 3 Epitheliome. — Hal Joster (328) und Jobson Horne (143) theilen Fälle von malignem Tumor der Tonsille, S. A. Oven (328) von Epitheliom der Tonsillen,

Gaumenbögen, Zunge und Wange mit, ein Epitheliom der Tonsillen und Gaumenbögen Langlois (453), ein Epitheliom der Tonsillen und Halsdrüsen Lambert Lack (46) und Dundas Graut (52). — Mackenzie Johnston (187) demonstrirt ein Sarcom der Tonsille.

Fälle von Vincent'scher Angina publiciren G. Speranski (78), Athanasin (80), Hecht (80), Carnot und Fournier (80), Lansac (323) und Bayer (353). — Nach Costard (322) ist die Vincent'sche Angina eine gutartige locale Erkrankung, die im ersten Stadium mit Diphtherie, im zweiten mit Schanker der Tonsille verwechselt werden kann. — Emil Mayer (79) beobachtete eine durch den Friedländer'schen Bacillus hervorgerufene häufig recidivirende Angina. — Monro (323) sah Perforation der Gaumenbögen bei einer Pneumokokkenangina, später fand sich noch der Staphylococcus aureus und ein dem Löffler'schen ähnlicher Bacillus. — C. J. König (323) fand bei einer Angina eroso-membranacea einen noch nicht bescriebenen Bacillus und einen Hefepilz. — Nach Bissel (79) können Streptococcus pyogenes, Micrococcus des Septicämiesputum, Oidium albicans membranöse Angina hervorrufen, dieselben erfordern keine Quarantäne. — M. Keschner (323) sah in einem Fall von Streptokokkenangina nachfolgende Velumparese. — A. L Grey (324) empfiehlt bei allen diagnostisch zweifelhaften Anginen die bakteriologische Untersuchung. — Auf Grund eingehender Untersuchungen kommen Buterelli und Calamide (81) zu dem Resultat, dass die Blastomyceten Degenerationsproducte sind, denen keine ätiologische Bedeutung zukommt.

L. Duval (325) stellt die Literatur über die Infectionen der Tonsillen und ihre Ansteckungsgefahr zusammen. — John Hadden (322) konnte bei mehreren Masernfällen Angina als Anfangssymptom feststellen. — Variot und Devé (321) weisen auf die Vielgestaltigkeit der Scharlachangina und auf ihre Bedeutung für die Temperaturcurve hin. — Die Beziehungen zwischen rheumatischen Erkrankungen und Tonsillen erörtert St. Clair Thomson (325). — A. J. Liantz (324) schildert eine mit Erosionen oder flachen Ulcerationen einhergehende, am Gaumen und im Pharynx localisirte und mit Allgemeinerscheinungen verbundene mercurielle Angina. — Die Hodenerkrankungen bei Angina bespricht Teysseyre (81).

Recepte gegen Angina empfehlen Gould (77), D. R. Brower (77), Journ. Amer. Med. Assoc. (77), A. Jordan (77), Dautzler (83), N. Y. Med. Rec. (83), Cheveller (83), Hope (83), Neumeier (84), Stanley (325), J. M. Mayhen (326) [Adrenalin], Joseph Meyer (326) [Sublimatinjectionen]. — Die Behandlung der naso-tonsillären Scharlacherkrankungen bespricht Aviragnet (322). — Nikitin (81) erörtert die Cauterisation, Schlitzung und partielle Entfernung der Tonsillen bei chronischer Tonsillitis.

R. C. Matheny (324) erklärt sich gegen die Tonsillotomie, weil er die Mandeln für Schutzorgane hält, Marshall R. Ward (325) empfiehlt dieselbe, um Recidive von Angina zu vermeiden. — Vacher (327) empfiehlt die Abtragung der Tonsillen nach Ruault'scher Methode.

Parmentier (170) unterscheidet die tonsillären von den peritonsillären Abscessen. — Ueber die Operation der Peritonsillitis abscedens publicirt F. C. Cobb (85) einen Aufsatz. — Auf die Gefahr der Blutung bei Periton-

sillitis abscedens macht der Herausgeber des Med. Council (86) aufmerksam. — W. F. Chapell (85) sah eine starke Nachblutung nach Incision eines peritonsillären Abscesses, welche eine breite Eröffnung und Jodoformgazetamponade nothwendig machte. — Moure (326) eröffnet die Peritonsillitis mit dem Galvanokauter. — Bentzen (261) stellt 13 Fälle von chronischem peritonsillärem Abscess zusammen. — Nach Marfan (81) soll man die tonsillären Abscesse, da sie spontan durchbrechen, nicht operativ behandeln. — Nebennierenextract bei Peritonsillitis empfiehlt Somers (328). — P. Wulff (327) beobachtete die Entstehung eines Aneurysma der Carotis interna nach Peritonsillitis. — A. C. Bardes (86) empfiehlt die Rectalernährung bei Halskranken.

Poirier (169) beschreibt seitliche Pharynxabscesse, die eine Lymphadenitis submaxillaris vortäuschen. — van Engelen (170) veröffentlicht einen Fall von Abscess des Pharynxmaxillardreiecks.

Fälle retropharyngealer Abscesse und Adenitis publiciren J. M. Snow (170), J. L. Goodale (170), E. Perez Morens (378), Esser (378), Crespo (378), Ligorio (378), Baumgarten (396), S. Pearson (378), W. Mackenzie (379), B. P. Key (379), G. Kien (379), in dessen Fall der Abscess von einer Otitis media purulenta ausging, Hopmann (190). — Einen plötzlichen Todesfall in Folge von Retropharyngealabscess sah Bornemann (266).

Einen Fall von Tuberkulose des Pharynx mit Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand beschreibt Löwy (167). — Giordano Vincenzo (452) theilt einen Fall von Tuberkulose im Munde mit. — Nach St. Clair Thomson (372) müssen Patienten mit tuberkulöser Pharyngitis nach den modernen Principien der Anstaltsbehandlung unter gleichzeitiger Bekämpfung katarrhalischer Reizzustände und der Verlegung der Luftwege behandelt werden.

Die Syphilis der Mundhöhle bespricht Finger (246) in einem Vortrag, die Syphilis des Rachens Lenhardt (377). Die syphilitischen Primäraffecte in der Mund-Rachenhöhle, Nase und Ohr stellt Sendziak (167 u. 26) in einer statistischen Arbeit zusammen. — Einen Primäraffect an der Lippe sahen W. G. Macdonald (205) und Howard Morrow (417). — Die Differentialdiagnose des Primäraffectes auf der Mundschleimhaut bespricht Glatzel (245). — Doctoroff (328) veröffentlicht eine Dissertation über den Schanker der Tonsillen, dasselbe Thema bespricht Rhodes (472). — Einen Schanker der Tonsille wahrscheinlich infolge von Infection durch das Tonsillotom sah Abercrombie (328). Die Syphilisinfection an den Lippen erörtert Lieven (191). — O. Joachim (321) vertritt die Ansicht, dass Plaques muqueuses im Halse allein nicht zur Diagnose Syphilis berechtigen.

Eine Narbenstrictur im Pharynx infolge congenitaler Syphilis heilte J. Curtis (169) durch plastische Operation.

Eine grosse syphilitische Ulceration der Tonsille beschreibt Makuen (328). — Ein Fall von Syphilis des Kiefers publicirt Quinlan (417). — Fälle von Lues tarda theilt Baumgarten (440) mit. — Dundas Grant (148) beschreibt eine syphilitische Perforation des Gaumens bei einer Patientin mit Kehlkopftuberculose.

Therapie: Argonin und Protargol bei acuter Pharyngitis — Gleason (165), Recepte gegen folliculäre Pharyngitis — Kyle (166), besondere Gurgelmethode — Lavraud (171).

Instrumente: Schutzvorrichtung zur Untersuchung von infectiösen Halsentzündungen — Waggett (76). Instrument zur Entfernung der Zungentonsille — J. W. Morrison (84). Farlow'sches Instrument zur Entfernung der Tonsillen empfohlen von Ch. J. Orr (84). Instrument zur Verkleinerung der Tonsillen — Nikitin (81). Elliptisches Tonsillotom — W. St. Low (327) Gaumen-Rachen-Synechiotom — Gramaccie (455). E. Meyer.

D. Diphtheritis und Croup.

Denny (26) bestätigt die schon oft gemachte Beobachtung, dass Leute, welche in der Umgebung von Diphtheriekranken leben, zahlreiche Diphtheriebacillen im Rachen und in der Nase haben; Gesunde, die einer Ansteckung nicht ausgesetzt waren, haben nur selten diese Bacillen in ihren Athmungswegen. — Auch Hewlett und Murray (419) fanden bei so vielen gesunden Kindern Diphtheriebacillen im Munde, dass sie energisch auf eine sorgsamere Mundreinigung der Kinder dringen. — Rochester (420) betont ebenfalls die Dauerhaftigheit der Löffler'schen Bacillen im Munde von Gesunden und Reconvalescenten; er hält Silbernitratlösungen für ein sicheres Mittel, um die Bacillen in der Mundhöhle unschädlich zu machen.

Pseudodiphtherien werden hervorgerufen durch den Streptococcus pyogenes [Villy (27)], durch den Micrococcus tetragenus [Grindon (27)]; durch Pneumokokken [Cary und Syon (286)]. — Piorkowska (172) giebt eine Färbemethode für Diphtheriebacillen an, die sie für charakteristisch hält. — Kamen (379) dagegen betrachtet jede Diagnose, die nicht durch das Thierexperiment gestützt ist, nur als eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

In einem Falle scheint nach Harrington's (27) Angabe eine Hauskatze die Krankheitskeime verschleppt zu haben; eine kleine Endemie in Grafton soll durch den Genuss kranker Kaninchen veranlasst worden sein (26); auch Pferde sollen nach Cobett (86) empfänglich für Diphtherie sein und dieselbe weiter übertragen können. — Nach Biggs (207) soll in einer kleinen Stadt zweimal im Verlauf eines Jahres eine Diphtherie-Epidemie ausgebrochen sein, die sich auf die Milchversorgung zurückführen liess.

Piktianen (329) hat das Blut während der Diphtherie und anderen Infectionskrankheiten untersucht und berichtet über das Vorkommen und Fehlen der verschiedenartigen körperlichen Elemente. Die Gegenwart von eosinophilen Zellen oder ihre Vermehrung betrachtet er als ein günstiges prognostisches Zeichen. — Die Ehrlich'sche Diazoreaction im Urin ist nach Lobligeois (455) bei Diphtherie negativ, bei Scharlach häufig positiv. — Die Behauptung Landouzy's, dass die Tracheotomie bei Diphtherie ein prädisponirendes Moment für Tuberkulose abgebe, hat sich nach einer sorgsamen und mühseligen Statistik Abraham's (457) für holländische Verhältnisse als unhaltbar erwiesen.

Warme Verehrung der Intubation verrathen die Arbeiten von Bell, Kraus-

har, Francesco (330—331), Shurly (457) u. v. A. — Eine bedeutsame Mittheilung über das Intubationstrauma (Druckgeschwür) verdanken wir v. Bokay (33, 128). Von 1203 intubirten Fällen kamen 360 zur Section, von diesen zeigten 156 Geschwüre an typischer Stelle und 4 Kehlkopfstricturen. — Dasselbe Thema behandelt in ausführlicher Weise ein jüngst erschienenes Buch von Galatti (Wien 1902). — Mullen (32) musste die Laryngofissur vornehmen, um eine Tube entfernen zu können.

Eine eingehende Erörterung erfahren die perilaryngealen und peritrachealen Abscesse, die sich zuweilen nach Diphtherie und Angina lacunaris einstellen (455—456). Concetti ist der Meinung, dass es sich in diesen Fällen um Infection von der Schleimhaut des Larynx oder der Trachea her handelt, und zwar sind es meist Staphylokokken, die hier die Eiterung erregen. Massei, unterstützt von Comba und Filè-Bonozzola, glaubt, dass meistentheils in diesen Fällen nur eine extralaryngeale Eiterung vorliegt, die von einer kleinen Drüsengruppe zwischen Pharynx, Schilddrüse und Oesophagus ausgeht. Doch will er auch die Möglichkeit einer intralaryngealen Entstehung dieses Processes nicht leugnen. — Ueber die Indicaticationsstellung zum operativen Eingreifen bei diphtherischer Larynxstenose berichten Alsberg und Heimann (457).

Kanduroff (249) führt die verschiedenen Ansichten über die den postdiphtherischen Lähmungen zu Grunde liegenden Veränderungen an und theilt mit, dass er in zwei Fällen im Rückenmark, in den Nervenwurzeln und den Nerven der Cauda equina Veränderungen gefunden habe, die etwa dem Krankheitsbilde der Neuritis parenchymatosa entsprachen. — Ferner berichten über postdiphtherische Lähmungen Trevelyan (27), Aurand (28), Ebstein (86) und Glorieux (380).

Von den allerverschiedensten Seiten wird zur Verhütung diphtherischer Erkrankungen eine sorgsame bakteriologische Controle — auch auf dem Lande — und strenge Isolirung der Erkrankten gefordert; so von Syler (127), A. Moore (171) u. A.

Das günstige Urtheil über die Wirksamkeit des Heilserums ist nachgerade so allgemein geworden, dass es nicht mehr lohnt, noch die einzelnen Autoren namhaft zu machen. Nur Hermann (20), Winters, Rupp (371), Ruming (283) und Shutterworth (456) halten an ihrer absprechenden Kritik fest. — Auch über die prophylactischen Serumeinspritzungen sind wieder einige günstige und recht überzeugend klingende Mittheilungen gemacht worden, s. Blake, Guinon, Shaw (249) und Porter (422). Arthur Kuttner (Berlin).

E. Kehlkopf und Luftröhre.

Eine weitere Bereicherung der Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfes verdanken wir wiederum E. Göppert (140); derselbe giebt in einer neuen Arbeit eine eingehende Schilderung des Entwickelungsganges der ganzen diesbezüglichen Forschung und bringt eine ganze Reihe von neuen Beobachtungen an den Monotremen zur Mittheilung. — Narrath (182) hat eine umfassende Arbeit über die vergleichende Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Bronchialbaumes

bei den Säugethieren und dem Menschen herausgegeben; hierher gehört auch eine Arbeit von Lühe (256) über den Verzweigungstypus des Bronchialbaums. — Schmidt (256) demonstrirt einen überzähligen, rudimentär gebliebenen Bronchus, 3 cm lang, kleinfingerdick, blind endigend. — Eine weitere interessante angeborene Missbildung zeigt Fein (293). Die ganze vordere Hälfte des Kehlkopfes war in diesem Falle von einer sehnigen Membran verschlossen; die Patientin wurde erst im 17. Jahre heiser.

Eine anatomisch-physiologische Studie über die Luftsäcke der Affen verdanken wir Edm. Meyer (381). An diese schliesst der Verf. die Beschreibung mehrerer Fälle von Larynxdivertikeln. — In dasselbe Capitel gehört auch ein Fall von Alexander (381), bei dem sich eine Taschenlippe bei der Phonation tumorartig aufblähte.

Mit der feineren Structur der wahren und falschen Stimmbänder beschäftigt sich eine Arbeit von Katzenstein (174). — Jurasz (175) tritt von Neuem dafür ein, dass der M. cricothyreoideus die Anziehung des Ringpnorpels an den Thyreoidknorpel bewirkt. — Neumayer (175) hat experimentelle Untersuchungen darüber angestellt, ob durch Injectionen in das Cricoarythaenoidgelenk die Beweglichkeit des Stimmbandes und die Stellung des Aryknorpels beeinflusst werden. Er glaubt, dass der Einfluss der Gelenkerkrankung in diesem Sinne nicht sehr gross sei.

Gellé (208) bringt weitere Beläge für seine Behauptung, dass bei der Aussprache der Vocale kein Austrittsstrom besteht, sondern nur eine Art Wirbelbewegung. — Avellis (97, 458) hat anatomisch-physiologische Untersuchungen darüber angestellt, ob der Bau und die Ausgestaltung des Singorganes bestimmend sei für die Gesangsleistung des betreffenden Individuums. Er kam zu dem Schluss, dass das gesangliche Können in erster Reihe von gewissen cerebralen Eigenschaften abhängig sein muss, denn es wäre sonst nicht zu begreifen, dass verschiedene Individuen, deren Singorgane ganz gleich gebildet seien, so verschiedene Leistungen produciren. — Betz (219) fand, dass bei höhen Tönen der Kopfstimme ausschliesslich die „vordere Spindel“ der Glottis gebildet wird, deren Ende sich gerade dort befindet, wo Sängerknötchen etc. sich zu entwickeln pflegen. — Fillebrowne (208) berichtet, dass bei der gewöhnlichen Lautbildung der Kehlkopf fast in normaler Ruhelage bleibt. Je lauter der Vortrag wird, je mehr die Singstimme nach der Höhe zu forcirt wird, desto tiefer tritt der Kehlkopf. — Mit den Bedingungen der Singstimme bsschäftigen sich weiter Zixciakievicz (459), der die Bedeutung der Resonatoren hervorhebt und der Trachea und dem Sin. Morgagni eine wichtige Rolle zuweist, und Aikin (459), nach dessen Beobachtung nur der mittlere Theil der Pars ligament. der Stimmlippe der Tonerzeugung dient. — Die mikroskopische Untersuchung der Phonogramme des R-Klanges hat Boeke (458) dahin geführt, die von Hermann für diesen Buchstaben gewählte Bezeichnung „Semivocal“ abzulehnen. Derselbe besteht nach seiner Meinung aus dem 20—40 mal pro Secunde abgeschwächten oder unterbrochenen Klang eines eigenen Vocals, der mit ü, e und i Verwandtschaft zeigt und sich von vorangehendem oder nachfolgendem Vocal unterscheidet.

Neuerdings sind mehrere Beobachtungen mitgetheilt worden, nach denen

einzelne Individuen in ihrem Kehlkopf willkürliche Pfeiftöne hervorzubringen vermochten, so von Makuen, Watson (461) und P. Schulz (Arch. f. Anat. und Physiol. Phys. Abtheil. Suppl. 1902). Die Mechanik dieser Tonbildung scheint im Wesentlichen in einer sehr scharfen Anspannung der Stimmlippen zu bestehen, zu der sich noch eine eigenartige willkürliche Spannung und theilweise Aneinanderlagerung der Taschenbänder gesellt.

Lublinski (60, 289) berichtet über die Erscheinungen, welche die Influenza im Kehlkopf hervorzurufen pflegt. Dieselben tragen meist den Charakter der gewöhnlichen Laryngitis, aber es pflegen sich gerade auf Grund der Influenzainfection besonders heftige Erscheinungen einzustellen, als da sind starke Röthung und Schwellungen, Hämorrhagien, Oedeme, Ulcerationen und Nekrosen. Auch der nervöse Apparat des Kehlkopfes wird durch die Influenza öfters geschädigt. — Einen Fall von sog. fibrinöser Influenza-Laryngitis beschreibt Glatzel (61, 289), bei demselben fanden sich die weissen Flecke nicht, wie sonst üblich auf den Stimmlippen, sondern auf den Taschenbändern. — Eine sorgsame pathologisch-anatomische Studie über acute und chronische Laryngitis verdanken wir A. Hirschmann (287); in derselben werden die Verhältnisse des Epithels (Wucherungen und Metaplasien), das Verhalten der Membr. propria und das Vorkommen der Mastzellen erörtert. Die Mastzellen stammen nach H. aus der Blutbahn. Plasmazellen werden weder im gesunden noch im entzündeten Kehlkopf gefunden. — Ueber die Therapie der Laryngitiden verbreiten sich Douglas und Freer (290). — Die Heilung eines Falles von Laryngit. subglottic. hypertroph. durch Thyreotomie wird berichtet von Messini (291). — In sehr ingeniöser Weise wurden von v. Mangoldt (291) in 2 Fällen Larxnxdefecte durch Verpflanzung eines Stückes vom Rippenknorpel zwischen zwei Hautlappen gedeckt. — Tauber (290) und Jamber (290) verbreiten sich über die Laryngit. atroph. und ihren Zusammenhang mit entsprechender Erkrankung in der Nase und im Rachen.

v. Sokolowski (129) fand bei Arthritikern häufig Veränderungen in den oberen Luftwegen. Abgesehen von einer Neigung zu acuten Entzündungserscheinungen sind es vorwiegend Veränderungen chronisch-hyperplastischer Natur — Bindegewebswucherung, Gefässerweiterungen etc. —, die man bei Individuen mit arthritischer Veranlagung zu beobachten Gelegenheit hat. Tophi auf den Kehlkopfknorpeln sind selten.

Heftige Entzündungen des Kehlkopfes mit ödematösen und phlegmonösen Erscheinungen werden mitgetheilt von Stella, Ménétrie, Gibb, Tantussi (288—289). — Ardenne (385) beobachtete eine primäre Perichondritis aussen am Schildknorpel, für die sich keine Ursache ausfindig machen liess. — Onodi (392) hat sich die von A. Kuttner und Felix Semon begründete Auffassung von dem Wesen der ödematösen, phlegmonösen und erysipelatösen Larynxentzündungen ganz zu eigen gemacht und tritt auch dafür ein, diese Affectionen unter dem Namen „Laryngitis submucosa infectiosa acuta“ zusammenzufassen. Er unterscheidet eine ödematöse, eine phlegmonöse und eine nekrotische Form. Die Berechtigung zu der Aufstellung einer besonderen nekrotischen Form wird von Zwillinger (393) mit guten Gründen bestritten.

Mit der Statistik und der Therapie des Keuchhustens beschäftigen sich meh-

rere, Seite 135—137 citirte Arbeiten. — Die Larynxspasmen beim Keuchhusten sind nach Spiess (424) auf eine Reizung der sensiblen Nervenendigungen im Larynx zurückzuführen. Deshalb räth er zu localer Behandlung, beispielsweise durch Orthoform. — Zangger (424) empfiehlt Euchinin oder Chinin, Lattery (425) Nasenspülungen, Nauwelaers (425) das Leuriaux'sche Serum gegen Keuchhusten; Hürlimann (425) räth zu einer rein hygienischen Behandlung ohne Medicamente.

Robinson (105) empfiehlt für den chronischen Bronchialkatarrh die Wassmuth'schen Inhalationen zerstäubter Flüssigkeiten und die Hartmann'sche Lignosulfitinhalation. Von wesentlicher Bedeutung ist die Auswahl zweckentsprechender Apparate. Als solche empfiehlt R. den Lewin'schen, Heyer'schen und Jahrschen Apparat.

Während Variot und Mars Hadour (132) das Characteristicum für die stridoröse Athmung der Neugeborenen in einer eigenartigen Spaltform der Epiglottis sehen, glauben Thomson und Turner (132), dass das wesentliche Moment bei dieser Affection in einer mangelhaften Coordination der Athmung liegt, die zu einer Einwärtsbiegung und Ansaugung einzelner Kehlkopftheile führt.

Zur Untersuchung des kindlichen Larynx empfiehlt M. Thorner (87) den Escat'schen Spatel. Die Kirstein'sche Methode bringt zwar den unteren Theil des Pharynx und den Aditus laryng. zur Ansicht, aber nur äusserst selten die Glottis.

Auf die Wichtigkeit einer möglichst frühen Diagnose der Larynxtuberkulose weisen verschiedene Arbeiten hin; Dyes Danger (331) hebt die Bedeutsamkeit einer auch nur geringen Heiserkeit und die Blässe der Schleimhäute im Larynx und Pharynx hervor. Holbrook Curtis (332) legt besonderen Werth auf die Beschaffenheit der Regio interarytaenoidea. Ein zackiges Aussehen der Schleimhaut an dieser Stelle und gelb-graue Punkte auf den Aryknorpeln erscheinen ihm wichtig für die Diagnose. Auch die hartnäckige Congestion einer Stimmlippe ist recht verdächtig. Donnellan (332) räth in zweifelhaften Fällen zur Tuberkulininjection. Betreffs der Therapie rathen die genannten Autoren, ebenso wie Clark (332), St. Clair Thomson (334), Wolfensberger (335), Pieniazek (336), Schröder und Nagelbusch (336) neben der üblichen Allgemein- und medicamentösen Localbehandlung bei ganz bestimmten Indicationen zu einer gemässigten chirurgischen Localbehandlung. In viel weiteren Grenzen wird diese empfohlen und angewendet von Besold in Falkenstein (334). — v. Navratil (436) berichtet über einige günstige Erfolge bei Larynxtuberkulose durch die Tracheotomie.

A. Kuttner (29) hat zum ersten Male den Einfluss der Gravidität auf die Larynxtuberkulose dargelegt. Aus seinen Untersuchungen ergab sich, dass alle Frauen, die während der Gravidität an Larynxtuberkulose erkrankten, kurze Zeit nach der meist vorzeitigen Entbindung zu Grunde gingen. Von den Kindern sind 72—73 pCt. in den ersten Monaten gestorben. Auf Grund dieser zum ersten Male zusammengestellten Resultate erhebt Verf. die Forderung, dass den Frauen, die während der Schwangerschaft an Larynxtuberkulose erkranken, die Berechtigung zu einer vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft zugestanden wird, so-

bald die Erkrankung anfängt, einen bedrohlichen Charakter zu zeigen, vorausgesetzt natürlich, dass das Allgemeinbefinden der Frau nicht hoffnungslos ist.

A. Meyer (333) fand schon in frühen Stadien von Larynxtuberkulose in den tieferen Schichten der Mucosa Tuberkelbacillen bei intactem Epithel. Aber auch dieser Befund beweist nicht die Infection von der Blutbahn aus. Es bleibt noch die Möglichkeit offen, dass die Bacillen durch kleine Lücken im Epithel eindringen, die sich nachher wieder schliessen. Einige experimentelle Versuche des Verf. scheinen für diese Annahme zu sprechen. — Eingehende Besprechungen der tuberkulösen Larynxtumoren verdanken wir Suchannek (42) und G. Trautmann (333). — Einen Fall von sehr ausgebreitetem Lupus des Gesichtes und der oberen Luftwege bespricht E. Allen (337). Besonders auffallend war an dem Patienten, dass die Zwischenwand zwischen Larynx und dem Anfangstheil des Oesophagus stellenweise zerstört war. Durch Gewebsmassen wurde der Verschluss beim Schlingen hergestellt.

Schmiegelow (262) demonstrirt ein Mädchen mit syphilitischer Strictur der Trachea. — Eine eigenartige Membranbildung im Kehlkopf auf syphilitischer Basis beobachtete Tantussi (337). Es handelte sich nicht um eine der oft zu sehenden Verwachsungen der Stimmlippen, es war vielmehr die Schleimhaut des unteren Kehlkopfabschnittes durch perichondritische Abscesse von ihrer Unterlage abgehoben und hing frei in das Kehlkopflumen hinein. —

Martinez (131) konnte klinisch die von Rosenthal experimentell festgelegte Thatsache bestätigen, dass durch Reizung des inneres Astes des N. laryng. sup. die respiratorischen Functionen des Zwerchfells sistirt werden. — Lublinski (176) hat 4mal eine isolirte Lähmung des M. cricothyreoideus beobachtet, Dorendorf (426) zwei Fälle mit einseitiger Lähmung des N. laryng. sup.

Schenck's (131) experimentelle Untersuchungen haben gezeigt, dass in der Apnoë die inspiratorischen Reizeffecte abgeschwächt sind.

Du Bois-Reymond und Katzenstein (286) fanden am hinteren Rande des Calamus scriptorius eine Stelle, von der aus sie eine coordinirte Athembewegung auslösen konnten. Weitere Versuche ergaben, dass die respiratorischen Kehlkopfbewegungen auch unabhängig vom Vagus durch die Athembewegungen des Brustkorbes auf reflectorischem Wege ausgelöst werden; es handelt sich in diesem Falle um spinale Bahnen. Reizung des Phrenicus bewirkt neben der Zwerchfellcontraction adductorische Stimmlippenbewegungen. — Onodi (394, 422) bringt durch vergleichend-anatomische Studien eine neue Stütze für die Annahme, dass die Kehlkopfmusculatur nicht durch den Accessorius, sondern durch den Vagus versorgt wird. — Als casuistische Beiträge zu den Affectionen, die den nervösen Apparat des Kehlkopfes betreffen, mögen folgende Fälle erwähnt werden: Doppelseitige Abductorenlähmung von J. B. Ball (48), Vincent (263), Hamilton (427), Kronenberg (435). — Einseitige Recurrenslähmung von Irsai (395) — verursacht durch ein pericarditisches Exsudat —; Fein, Gleitsmann, Parmentier, Sauer, Hempelmann, Sinclair Gillier (427 bis 428); Farlow (479) — 4 Fälle von rechtsseitiger Recurrenslähmung. — Einen durch den Sectionsbefund der verschiedenen Muskeln und Nerven des Kehlkopfes besonders interessanten Fall von doppelseitiger Recurrenslähmung veröffentlicht

Mygind (429). — Broat (265) demonstrirt einen bereits im Jahre 1897 vorgestellten Patienten mit rechtsseitiger Posticus- und linksseitiger Lateralislähmung. Der Befund ist seit der ersten Vorstellung unverändert geblieben. — Gewisse Fälle von Medianstellung sucht Trifiletti (423) durch die Annahme einer primären Adductorencontractur infolge von Recurrensreizung zu erklären.

Eine Abhandlung über laryngeale Störungen bei Erkrankungen des Centralnervensystems bringt Sendziak (130). — Die Bedeutung der laryngealen Lähmungen für die allgemeine Medicin erörtert Gleitsmann (425).

Satullo (134) beschreibt einen typischen Fall von Uterushusten. — Milburg (135) hat sich die von Mayer aufgestellten Characteristica des Reflexhustens zu eigen gemacht und setzt auseinander, wann er sich zu der Diagnose des Reflexhustens entschliesst. — Zehn derartige Fälle, in denen der Husten von Ohr, von der Nase, vom Darm u. s. w. ausgelöst wurde, werden von Robertson (424) mitgetheilt.

Für die typische Form der Kehlkopfneuralgie charakteristisch ist nach Avellis (131) der meist einseitig auftretende Schmerz beim Schlucken und Sprechen, sowie die Druckstelle am Durchtritt des N. laryng. sup. durch die Membr. thyreohyoidea und im Sin. pirif. — Killian (220) sieht in den hysterischen Störungen des Kehlkopfes, nicht wie man bisher vielfach annahm, Muskelparesen im Kehlkopf selbst. Nach seiner Auffassung ist die mangelhafte Thätigkeit der Kehlkopfmuskeln nur der peripherische Ausdruck eines Ausfalles in der cerebralen Willensbewegung.

Arneth (132) sah einen hysterischen Krampf des Depressor epiglottidis, der schwere Athemstörungen bedingte, Thilenius (220) schwere Inspirationskrämpfe, die beinahe zur Tracheotomie geführt hätten. — Die Behandlung der hysterischen Aphonie wird von Rueda (426) besprochen. — Fischbein (134) glaubt den Spasmus glottidis bedingt durch die reizende Wirkung intestinaler Autointoxicationen und bekämpft ihn durch zweckentsprechende Diät.

Von den Fällen von Larynxtumoren, die zur Mittheilung gelangt sind, mögen folgende hervorgehoben werden: Angiofibrom von Turniss Potter (47). — Papillome von Herbert Tilley (52), Beco (350, 382), Emil Mayer, Mouselles, Quinlan, Brown (382). — Cysten von Dundas Grant (218). — Sklerome von v. Navratil (222, 224), Waldmann (228), Juffinger (463), H. v. Schrötter (463). — Amyloidtumoren von Mayer, Panciotti (383). — Myxome von Gibb, Nardi (384), Pollatsek (439). — Die Sängerknötchen sind nach Chiari (381) umschriebene Hypertrophien des Stimmlippenrandes; Drüsen oder Drüsenausführungsgänge können zufällig an der betreffenden Stelle sitzen, haben aber nicht, wie B. Fränkel annimmt, eine ätiologische Beziehung zu ihnen. — Ebenso wie Chiari beurtheilt Knight (477) die anatomischen Bedingungen der Stimmbandknötchen. Er glaubt, dass ätiologisch weniger die Ueberanstrengung der Stimme, als ein fehlerhafter Gebrauch in Betracht kommt. Er empfiehlt tägliche Injectionen von Nebennierenextract.

Von verschiedenen Seiten liegen Berichte vor über eine Stimmbildung nach vollständiger Larynxexstirpation, so von Biondi (34), Gottstein und Braun (35). — Scheier (385) glückte es durch endolaryngeale Eingriffe ein Stimm-

lippencarcinom auszuheilen. Nach $2^3/_4$ Jahren war der Patient noch recidivfrei. — E. Waggett (385) verwirft den Vorschlag von J. N. Mackenzie (384), bei jeder malignen Larynxerkrankung das ganze Organ mitsammt den Lymphdrüsen zu entfernen. Er zeigt die Vorzüge der Thyreotomie. — Ueber weitere Carcinomfälle berichten: Sir Felix Semon (142), Pegler (143), Sleyg (143), St. Clair Thomson (187), Tilley (187), Schmiegelow (263) Adenocarcinom; Donaldson (384), Harvey (385), Pollatsek (439). — Lennox Browne (216), Hawkins (338), Croach, Quinlan (384), Gleitsmann (385) theilen Beobachtungen von Epitheliomen mit.

Die Chancen der Tracheotomie gegenüber der Intubation werden erörtert von Simpson (33) und Rogers (33). — Ane (36) räth Tracheotomiewunden, besonders solche, die in frühester Kindheit angelegt wurden, durch plastische Operationen zu schliessen. — Jacques und Michel (255) empfehlen bei Kindern mit gutartigen Tumoren die Thyreotomie anstatt der Operation per vias naturales.

Ueber die Sprachstörungen bei schwerhörigen und psychisch erkrankten Kindern handeln Liebmann und Oltuszewski (209, 460); beide Autoren sehen in der mangelhaften geistigen Entwickelung der Kinder das Hauptmoment der Störung. — Zu ähnlichen Resultaten kommt Makuen (210, 211, 460). Nach seiner Erfahrung besteht zwischen dem Sprach- und Vorstellungscentrum eine so nahe Verwandtschaft, dass das Zurückbleiben des einen auch das Zurückbleiben des anderen zu bedingen pflegt. — Ballenger (460) macht auf die Bedeutung, die peripherische Ursachen für die Entstehung von Sprachfehlern haben, aufmerksam. — Natier und Zund-Burgnet (461) bevorzugen bei der Behandlung von Sprachfehlern die orthophonischen Uebungen gegenüber medicamentösen und chirurgischen Maassnahmen. — Gutzmann (100) zeigt, dass bei den spastischen Stotterern die Verlegung der Nasenathmung von ungünstigem Einfluss ist. — Frentzel (462) misst dem psychischen Einfluss, der Hebung des Selbstvertrauens beim Unterricht stammelnder und stotternder Kindern eine grosse Rolle zu.

Das habituelle Tremoliren konnte Flatau (100) durch stimmgymnastisch-phonetische Bewegungstherapie günstig beeinflussen. — Krebs (220) erlitt eine ausgesprochene Störung der Singstimme durch eine Verletzung des Halssymphaticus bei vollkommen intactem Recurrens. — Ueber die Bedeutung des Singens in der richtigen Stimmlage handelt eine Arbeit von Imhofer (211). — Verdickungen der Schleimhäute in den Nebenhöhlen der Nase spielen nach Spranger (460) eine wichtige Rolle für die Tonqualität; Hyperämie und Schwellung wirken bald begünstigend, bald verschlechternd auf die Singstimme. — Botey (461) unterscheidet functionelle, katarrhalische und organische Stimmerkrankungen; therapeutisch kommen in Betracht prophylactische, diätetische, orthophonische, medicamentöse und chirurgische Maasnahmen.

Bock (37) berichtet über einige Fälle, bei denen durch das Stroboskop die Ursache der vorliegenden Stimmstörung erkannt wurde. — Sciallero (257) giebt Anhaltspunkte für die Deutung des radioskopischen Befundes bei der Erkrankung tracheobronchialer Drüsen. — Tommasi (462) berichtet über 5 Fälle des von Massei zuerst beschriebenen hämorrhagischen Trachealkatarrhs. Die Bedeutung

dieser Affection besteht darin, dass sie leicht zur Verwechselung mit tuberculösen Lungenblutungen Veranlassung giebt.

Zur Entfernung metallischer Fremdkörper empfiehlt de Roaldes (89) die Verwendung des Haab'schen Riesenmagneten, der entweder vor den Mund oder vor die Tracheotomiewunde gehalten wird. — Auch Piéchaud (465) gelang es, mittelst des Elektromagneten bei einem 3jährigen Kinde einen $2^1/_2$ cm langen Nagel aus dem linken Bronchus zu extrahiren. — Weitere casuistische, zum Theil sehr interessante Beiträge für Fremdkörper in den oberen Luftwegen werden aufgezählt Seite 88, 89, 90, 253, 256, 464—466; besondere Erwähnung verdienen die günstigen Erfolge, die durch die Killian'sche Methode erzielt wurden, s. Wild, J. A. Killian (464) u. a. m.

Ueber Halsdurchschneidungen und deren Behandlung berichten Picqué (31) und Habart (32). — Eine erschöpfende Studie über Larynxfracturen und deren Behandlung rührt her von Hoffmann (292); weitere Mittheilungen zu diesem Capitel bringen Wichmann (292), Nizzoli, Reuter (293). — Eine traumatische Dislocation des linken Aryknorpels ohne Fractur wird von Wagner (386) mitgetheilt.

Unter den neuempfohlenen Instrumenten mögen hervorgehoben werden: Intubationsinstrumente von Avendans (36); ein Epiglottis-Retractor von Bishop (36); eine schneidende Kehlkopfzange von Rosenberg (37); eine schneidende Zange für die subglottischen Partien von C. Myles (383); sterilisirbarer Kehlkopfspiegel von Trautmann (37); Respiratoren von Lode (37); ein phonetischer Apparat von Gluck (38); ein prophylactischer Schirm für die Behandlung tuberculöser Patienten von W. Wells (336). Arthur Kuttner (Berlin).

F. Schilddrüse.

Civalleri (429) studirte die Nervenendigungen in der Schilddrüse. — Kolm (212) berichtet über die Schilddrüsen-Epithelkörperchen; sie liegen nicht in, sondern in der Nähe der Schilddrüse und sind selbstständige Organe. — Bartels (91) beschreibt den Verlauf der Lymphgefässe der Schilddrüse bei Säugethieren und beim Menschen. — Cocco (213) bestätigt die zuerst von Horsley gemachte Entdeckung des Vorkommens von lymphadenoidem Gewebe in der Schilddrüse. — Freer (92, 257) bespricht die Wucherung von Schilddrüsengewebe in die Trachea hinein. — Christiani (212) zeigt, dass nach Totalexstirpation der Schildrüse das Vascularisations- und Reorganisationsbedürfniss der Pfröpfe grösser ist als nach der theilweisen. C. weist ferner die Möglichkeit der Persistenz und specifischen Reorganisation der Schilddrüsenimplantationen nach. — Scalia (429) beschreibt histologische Modificationen der Schilddrüse nach Oophorectomien.

Nach Experimenten an nur 19 Hunden kommt Nefedow (293) zu folgenden Schlüssen bezügl. der Schilddrüsenfunction: Nach Exstirpation der Schilddrüse gehen die meisten Hunde ein. Ein Einfluss der Schilddrüse auf Cocaïn-, Coffeïn-, Carbaminsäure, Jodwirkung existirt nicht. Ein Unterschied, den Fleischnahrung auf thyreoidectomirte Hunde macht, existirt nicht. Complementäre Drüsen schützen

nicht vor dem Tode. Am Leben bleibende Hunde brauchen keine complementäre Drüsen zu haben. Nach Cyon und Oswald verursacht das Thyreoglobulin, das als einen Bestandtheil das Jodothyrin enthält, Verstärkung der verlangsamten Herzschläge und bei gewissen Thierarten auch Senkung des Blutdruckes. Das aus menschlichen Schilddrüsen durch Trypsinverdauung erhaltene Product erzeugte bei Kaninchen und Hunden Steigerung des Blutdrucks und Beschleunigung der Herzschläge. Das Thyreoglobulin muss als die albuminöse Substanz betrachtet werden, welche den Jodthyrincomplex in ihrem Molekül enthält.

Heusner (138) gieb eine Verordnung gegen Hyperhidrosis bei Phthise und Struma. — Rankin (294) bespricht die Beziehungen der Schilddrüse zur Conception. — Edmunds (294, 338) beschreibt die Pathologie und Erkrankungen der Schilddrüse. — Nicholson (429) ist der Ansicht, dass zwischen der puerperalen Eklampsie und der Schilddrüse Beziehungen bestehen. — Godlee (430) berichtet Fälle von acuter Eiterung der Schilddrüse bei Typhus. — Musser (38) schreibt über Schilddrüse und Cretinismus.

von Haudring (399) schreibt über Thyreoiditis acuta. — Davis (46) heilte Schilddrüsenschwellung durch Jodkali. — Mittheilungen über Struma machen Lajkowska (177), Thiriar (177), Warren (39), Ratut und Niclot (92), Abrahams (138), Thistle (138), Yates (138), Schlender (178), Kronenberg (191), von Navratil (225), Naumann (294), de Fougeray (386), Gauthier (386), Charlton (467), Haight (139), Amberg (213), Marchand (294), Notiz des Herausgebers (430), Thevenot (430), Charlton (467). — Schlatter (258) beschreibt einen Fall von Kalkkropf mit echter Knochenbildung als Strumectomiehinderniss. — Lundborg (466) beobachtete in einem Falle nach Entfernung der Schilddrüse chronische Tetanie. — Davis (93) giebt Statistiken der Operationsbehandlung von Schilddrüsentumoren. — Cott (387, 430) veröffentlicht einen Fall von Totalexstirpation der Schilddrüse. — Ricard (430) beschreibt einen Fall von diffusem Fibrom der Schilddrüse. — Robinson (340) berichtet über Demonstrationsfälle von Operationen an der Schilddrüse. — Meusel (387) schreibt über die Bildung des Stumpfes nach Schilddrüsenoperationen. — Hainout (387) schildert einen Fall von Hypothyroidie verbunden mit einer Struma exophthalmica. — Debagenière (258) bespricht ein Dauerresultat bei einem Falle von Exothyropexie. — Hoenigschmied (9) verordnet gegen Struma Jodothyrin.

Wertheimer (259) reizte während einer Resection des Sympaticus wegen Basedowscher Krankheit den Nerven und zeichnete den Puls graphisch auf; er hat dabei keine Beschleunigung der Herzthätigkeit gesehen, im Gegensatz zu den Resultaten im Thierexperiment. — Horsley (259) führte die Excision des sympatischen Halsganglions bei Basedow'scher Krankheit aus. — Davis (39) bringt statistische Zusammenstellungen über operative Behandlung der Schilddrüsentumoren. — Edgar (257) beschreibt einen Fall von Bronchocele. — Gauthier (92), Pegler (147) beschreiben Fälle von Schilddrüsencyste. Maligne Tumoren der Schilddrüse beschreiben Cumston (39, 92), Gruié (213), Patel (339), Tesilian (217), Lartigau (467), Seidelin (467), Halstead (93, 213), Glatzel (93).

Ueber Basedow'sche Krankheit machen Mittheilung Donelan (49), Le Filliatre (178), Stafford (258), Babinski (258), Taylor (294), Bellencontre (294), Mourray (239), François (340), Karriot und Rey (387), Notiz des Herausgebers (387), Seiler (467). — Ulrich (163) schliesst aus mehreren selbst beobachteten Fällen, dass die Symptome des Morbus Basedowii und des Myxoedems häufig neben einander gefunden werden. — Fälle von Myxoedem beschreiben Egis (38), Pedenke (39), van Troogen (39), Roget (214), Sobel (259). — van Hoelst (177) berichtet über einen Fall von Dysthyroidie (myxomatösen Cretinismus). — Bovaird (100) schreibt über Asthma thymicum. — Kohn (91) beobachtete einen Fall, in dem Compression der Aorta durch eine hochgradig vergrösserte Thymusdrüse ein derartiges Circulationshinderniss darstellte, dass Dilatation und Herzhypertrophie entstand und schliesslich aus unbekannter Gelegenheitsursache plötzlich der Tod durch Versagen der Herzmuskelkraft eintrat. — Fischer (137) giebt eine Beschreibung eines Falles von Persistenz der Thymus bei einem 30jährigen Manne. J. Katzenstein.

G. Oesophagus.

Albion Walter Hewlett (39) unterscheidet submucöse und oberflächliche Drüsen des Oesophagus; letztere finden sich in seiner oberen Hälfte und am Uebergang in den Magen, sind tubulös, stark gewunden, besitzen Wandzellen und sollen den Ausgangspunkt von Pulsionsdivertikeln darstellen.

Nach Espezel (431) erfolgt die motorische Innervation durch den Pharyng. inf. aus dem oberen Cervicalganglion, das Vorhandensein eines Hemmungsnerven für den Oesophagus bezweifelt er.

Colleville (40 und 468) beschreibt eine congenitale Communication zwischen Oesophagus und Trachea, die nach vier Tagen zum Exitus an Inanition führte; E. Weill und Péhu (94 und 214) ein congenitales, radioskopisch rechts vom Sternum nachweisbares Divertikel.

Zembozuski (139) sah Exfoliation der Oesophagusschleimhaut in Folge von Verbrennung mit Kalilauge, eine Spontanruptur ohne nachweisbare Ursache. — Heintze (139). — N. Raw (40) machte die Gastrostomie wegen einer Oesophagitis membranacea.

Ein Ulcus simplex der Speiseröhrenwand mit Perforation und Peritonitis beobachtete Férouelle (41).

Einen Fall von Tuberkulose des Oesophagus veröffentlicht Gauthier (41), zwei Fälle von Tuberkulose in Tractionsdivertikeln Schilling (431). — Fünf Fälle von Ulcus oesophagi, die für Lungentuberkulose gehalten wurden, stellt M. G. Knapp (468) zusammen.

Brose (295) sah Spasmus des Oesophagus einmal in Folge von Carcinoma oesophagi, einmal in Folge einer tuberkulösen Spitzenerkrankung.

Casuistische Mittheilungen über Fremdkörper des Oesophagus, die zum Theil mit Röntgenstrahlen nachgewiesen wurden und zum Theil durch Oesophagotomie entfernt wurden, machen: G. W. King (40), P. Sébideau (40), P. Laurees et Dionis du Séjour (40), Quadflieg (41), F. Bauer (139), F.

Edmunds (140), H. A. Beadt (140), Lombetti (214), Schmiegelow (262), Baltar (295), Carsi (295), T. C. Squance (341), Albertin (341), R. S. Fowler (341), W. J. Taylor (341), John W. Long (388), C. Peacock (431), V. A. Peters (432), A. R. Colvin (468), H. L. Wagner (471) und F. Edwin Rhodes (471). — Poli (178 u. 259) beobachtete bei einem Fremdkörper im Oesophagus eine Vorwölbung des 6.—7. Trachealringes, er empfiehlt deshalb die Tracheoskopie als diagnostisches Hülfsmittel. — Zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem unteren Abschnitt der Speiseröhre empfiehlt Wilms (178) die Gastrotomie.

Killian (139) veröffentlicht eine Studie zur Geschichte der Oesophago- und Gastroskopie. — Die Erkrankungen der Speiseröhre und Oesophagoskopie bespricht Schilling (295); A. W. Roaldès (472) tritt für die Oesophagoskopie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre ein.

A. File-Bonazzola (41) publicirt einen Fall von Oesophagusstenose durch ein in Folge von Laugenätzung entstandenes Divertikel, Gauthier (41) in Folge von Tuberculose, E. Sandelin (95) in Folge von Aetzung, Ortmann (139 u. 259) durch frühere Geschwüre [Ulcus pepticum], W. O. Roberts (295) nach Typhus.

Das Steckenbleiben von Speisen bei für die Sonde durchgängigem Oesophagus bezieht Schütz (214) auf eine Entzündung oder eine Atonie. — H. Strauss (431) bespricht die idiopathischen Oesophagusdilatationen, ihr anatomisches Verhalten und ihre Erklärung.

Sletoff und Postnikoff (260) empfehlen die Electrolyse bei Narbenstenose. — Ch. H. Frazier (260) lässt perforirte, an Fäden gebundene Silberkugeln schlucken in Fällen, in denen die Bougirung nicht möglich. — Th. Dunham (295) bougirt die Stenosen von der Gastrotomiewunde aus. — F. E. Bunts (388) ist der Ansicht, dass Bougiebehandlung die anderen Methoden unnöthig macht. — Einen Fall retrograder Dilatation veröffentlicht H. M. Taylor (388).

Fälle von Divertikeln veröffentlichen: Laub (94) [Zenker'sches Divertikel], File-Bonazzola (41), E. Weill und Péhu (94 u. 214) [congenitales]. — Als Hülfsmittel für die Diagnose der Divertikel empfiehlt Zweig (94) ausser der Anamnese, Prüfung der Schluckgeräusche, Sondirung event. Zweischlauchversuch, Röntgenuntersuchung und Oesophagoskopie. — 2 Fälle von Tuberculose in Tractionsdivertikeln bei vorgeschrittener Lungenaffection beschreibt Schilling (431).

Fälle von Carcinom des Oesophagus theilen mit: Pouly (94), Gräve (179), Mouchet (214) [Perforation in die Trachea], Mauclaire (214) [Durchbruch in die Aorta]. — Ch. S. Cumston (341) verbreitet sich über die Classification der Carcinome nach ihrem Sitz, über ihre Diagnose und chirurgische Behandlung.

W. Travis Howard (388) stellt im Anschluss an einen selbstbeobachteten Fall 12 Fälle von primärem Sarcom des Oesophagus zusammen. — Glinski (468) sah eine gemischte, polypenartige Geschwulst im Oesophagus, die hauptsächlich aus Zellen verschiedener Form bestand.

F. C. Cobb (480) veröffentlicht 1 Fall von gestieltem Fibrom des Oesophagus, das den Larynx verstopfte.

E. Sandelin (95) resecirte eine stricturirende Narbe von $1^1/_2$—2 cm Länge aus dem Halstheil des Oesophagus, Escher (179) eine solche luischen Ursprungs in der Höhe des 4. Trachealringes. — M. Goris (260) empfiehlt die Oesophagorrhaphie nach partieller Larynxexstirpation zur Verhütung einer Einstülpung des Oesophagus in die Larynxhöhle. — v. Hacker (215) heilte eine perioesophageale Phlegmone durch Eröffnung des Mediastinum vom Halse her.

E. Meyer.

II. Briefkasten.

Lennox Browne †.

Am 2. November starb in Northwood bei London Mr. Lennox Browne im 62. Lebensjahre an Leberkrebs. Ein Sohn des bekannten Gynäkologen Baker Brown, absolvirte er seine Studien am St. Mary's Hospital in London, fungirte mehrere Jahre als Privatasisstent Sir Morell Mackenzie's und gründete nach Lösung dieses Verhältnisses das „Central London Throat Nose and Ear Hospital“, als dessen Chefarzt er bis kurz vor seinem Tode wirkte. Er war Verfasser eines Lehrbuchs der Hals- und Rachenkrankheiten („The Throat and Nose and their Diseases“), welches fünf Auflagen durchlief und ins Französische übersetzt wurde, sowie mehrerer Monographien und Abhandlungen über „Diphtheritis“, „Deformitäten und Neubildungen des Kehlkopfs“, „Stimmgebrauch und Stimulantien“, „Stimme, Gesang und Sprache“ — dieses mit Emil Behnke verfasste populäre Handbuch erlebte 18 Auflagen und wurde ins Französisohe übersetzt —, „Die Kinderstimme“ (ebenfalls in Collaboration mit Emil Behnke verfasst), und zahlreicher anderer Arbeiten. Ein hübsches Zeichentalent kam ihm bei der Abfassung seiner illustrirten Werke wohl zu statten. Er war unter den ersten, wenn nicht der erste, die den Zusammenhang zwischen Rheumatismus und Tonsillitis betonten, und der Schöpfer des Krankheitsbildes von den varikösen Venen an der Zungenbasis und im Rachen, welchen er grosse Bedeutung für das Zustandekommen der verschiedensten Symptome beimass. Am bekanntesten ist er wohl als Urheber der Lehre von der besonderen Neigung gutartiger Kehlkopfgeschwülste geworden, unter dem Einfluss intralaryngealer Operationen in bösartige überzugehen. Was über diese Lehre und über die schriftstellerische, bezw. polemische Thätigkeit des Verstorbenen im Allgemeinen zu sagen war, ist in diesem Blatte bei seinen Lebzeiten wiederholt gesagt worden. Der gegenwärtige Augenblick ist nicht geeignet, um über sein Gesammtwirken und über seinen Einfluss auf die Laryngologie seines Vaterlandes ein wahrheitsgetreues Urtheil abzugeben.

Felix Semon.



Eugen Hahn †.

Obwohl kein Specialist für Halskrankheiten war Eugen Hahn, der bekannte Berliner Chirurg und Director der chirurgischen Station des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain, der im Alter von 61 Jahren am 1. November inmitten seiner Thätigkeit eines plötzlichen Todes verstarb, doch einer von den Männern, deren die Laryngologie stets dankbar gedenken wird. Denn zu einer Zeit, in welcher die tiefste Hoffnungslosigkeit hinsichtlich des Erfolges, ja selbst der Berechtigung radicaler Operationen beim Kehlkopfkrebs herrschte, zeigte er durch seine trefflichen Resultate bei der Radicaloperation dieser furchtbaren Krankheit die Grundlosigkeit eines solchen pessimistischen Standpunktes und wurde der Pionier der gegenwärtig erzieltan schönen Ergebnisse in geeigneten Fällen dieser Art. Er legte die Grundlage für die gegenwärtige Technik der Thyreotomie und halbseitigen Kehlkopfexstirpation und erfand die unter seinem Namen bekannte practische Schwammkanüle. — Das Andenken des liebenswürdigen, wackeren Mannes wird von uns allen stets in Ehren gehalten werden.

Felix Semon.

XIV. Internationaler Medicinischer Congress

Madrid 23. bis 30. April 1903.

Folgende Vorträge sind bisher für die Rhino-laryngologische Section angemeldet worden:

„Ueber die Athmung der Taubstummen beim Sprechen.“ — Par le Dr. Herm. Gutzmann (Berlin).

„L'air chaud dans la thérapeutique rhino-laryngologique.“ — Par les Drs. Lermoyez et Mahu (Paris).

„Les sinus frontaux étudiés par la phonendoscopie. — Par le Prof. A. Bianchi (Paris),

---

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citatite, Discussionen etc.

C.

D.

E.

F.

J, I.

K.

L.

T.

U.

V.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

J. I.

M.

N.

O.

P.

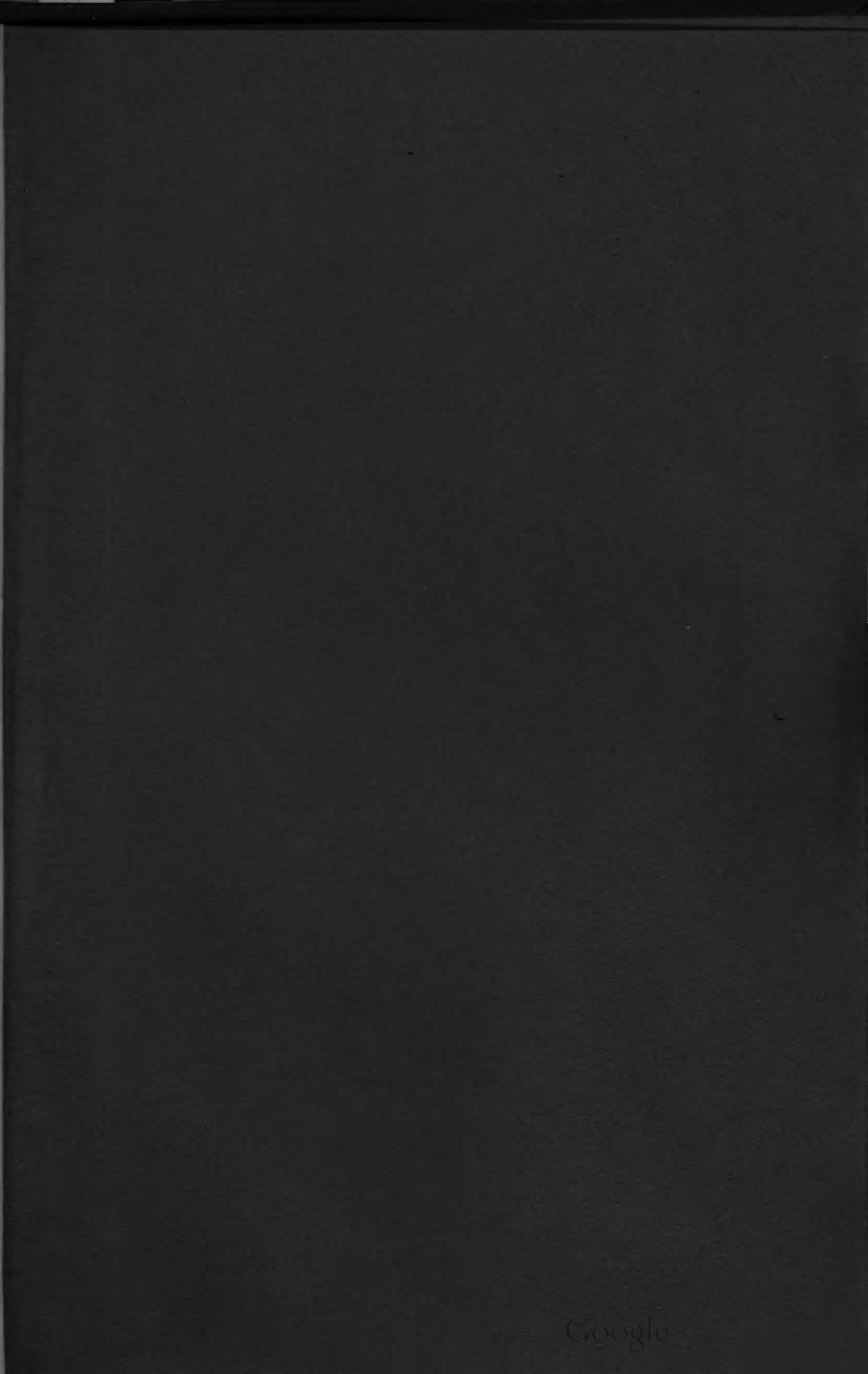
R.

S.

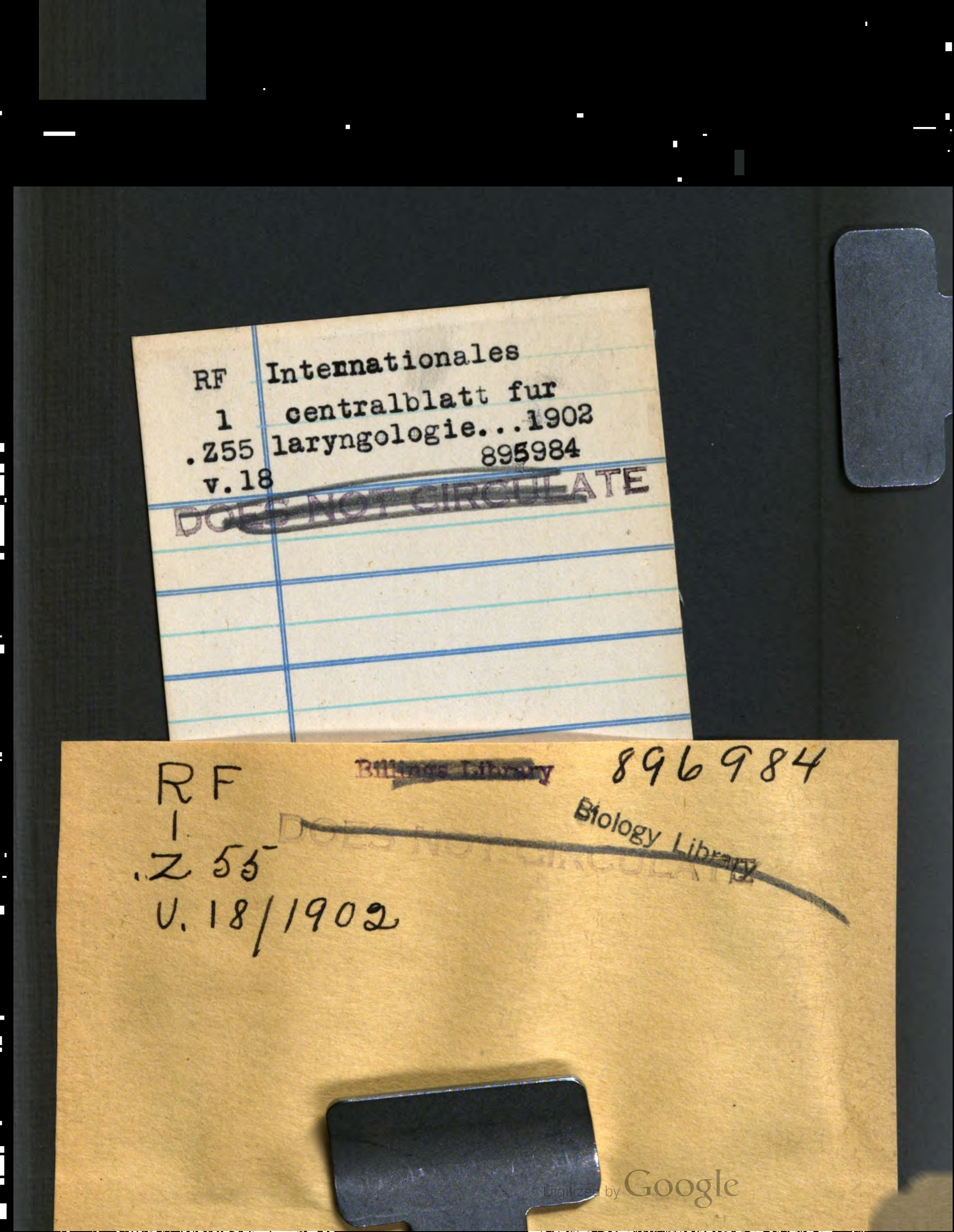
T.

U.

Druck von L. Schumacher in Berlin.






RF
1
.Z55
v.18
Internationales
centralblatt fur
laryngologie...1902
895984
DOES NOT CIRCULATE
RF
1
.Z55
V.18/1902
Billings Library
896984
Biology Library
DOES NOT CIRCULATE
Digitized by Google


UNIVERSITY OF CHICAGO
64 434 217